



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía  
y Atención Socio-Sanitaria a la Dependencia

(código: 3148)

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO, EXITOSO Y SALUDABLE  
IMPACTO DEL CUIDADO Y DIFERENCIAS POR  
SEXO/GÉNERO**

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por:

**Dña. Manuela Torregrosa Ruiz**

Dirigida por:

**Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis**

**Dr. D. Jose Manuel Tomás Miguel**

Junio de 2019

Universitat de València



*A la mujer mayor que es mi madre,  
la que siempre nos cuidó y nos sigue cuidando*



## Agradecimientos

Este trabajo de tesis realizado en la Universidad de Valencia es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas, inspirando, motivando, opinando, corrigiendo. Teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Este trabajo me ha permitido aprovechar la competencia y experiencia de muchas personas que deseo agradecer en este apartado.

En primer lugar a mis directores de Tesis, Sacramento Pinazo y José Manuel Tomás, mi más amplio agradecimiento por haber confiado en mí, por vuestra paciencia ante mi inconsistencia, por vuestra valiosa dirección y apoyo. A *Sacra*, gracias por tu generosidad, por descubrirme el maravilloso mundo de las personas mayores, enseñarme que envejecimiento no es sinónimo de pérdida y que, a pesar de las pérdidas y/o situaciones adversas, siempre se puede encontrar una motivación que ayude a crecer. Gracias por confiar en mí y asesorarme de manera desinteresada siempre que lo he necesitado. Y a *José Manuel*, me gustaría expresarle mi gratitud por apostar por mí, por enseñarme todo lo que sé, por su gran ayuda y sus enseñanzas desde el primer momento en el que comencé mi andadura en el doctorado y por enseñarme el maravilloso mundo de las ecuaciones estructurales. Ha sido un honor para mí teneros como directores.

Mis agradecimientos a todos mis compañeros y amigos, estén donde estén, y sin excepción. Al grupo *Sacra's Angels* por hacer del camino algo divertido, por todos y cada uno de los momentos vividos. Por escucharme. Por vuestra empatía. Por ser más que compañeros, amigos. Gracias por estar ahí siempre.

A mi familia, por creer en mí siempre, sin dudar. Ofreciéndome vuestro ánimo y apoyo. Por ayudarme a levantarme en las caídas. Por marcarme el camino. Gracias.

**Un especial agradecimiento a todos, por estar siempre a mi lado.**



## Resumen

A medida que aumenta la cantidad de personas mayores en todo el mundo, cada vez es más importante encontrar formas efectivas de fomentar mejores trayectorias de envejecimiento. El enfoque del envejecimiento activo, saludable o con éxito plantea la creación dinámica de un futuro atractivo y positivo para las personas mayores que enfatiza la responsabilidad individual sobre el bienestar en la vejez. El papel del contexto social puede ser relevante en la configuración de lo que significa envejecer bien y en particular el género, como construcción social, puede tener una gran influencia en la trayectoria vital de hombres y mujeres. Las desigualdades de género que se han desarrollado a lo largo de la vida se acumulan en la vejez, y pueden determinar las diferencias en el estado de salud y en el bienestar en el envejecimiento. Por otro lado, la incorporación de otras dimensiones de participación social tales como el cuidado de otros, como expresión de generatividad, puede ser necesaria para que se visualice la realidad de las personas mayores en el logro del envejecimiento exitoso. El potencial de las personas mayores va más allá, y para muchas, conseguir un buen envejecimiento implica no solo sentirse bien, sino también ser capaz de realizar contribuciones significativas en sus familias (mediante el cuidado de otros) o en la sociedad. Este estudio tiene como objetivo general identificar y evaluar potenciales predictores que median en el envejecimiento con éxito, activo y saludable en personas mayores de 50 años. Haciendo especial hincapié en el análisis de cómo el sexo/género y las situaciones de cuidado informal, como ejemplo de comportamiento generativo, influyen o afectan en los indicadores seleccionados como componentes del envejecimiento exitoso. Así mismo, pretende proponer un modelo teórico integrado para predecir el envejecimiento exitoso que integre el cuidado como expresión de generatividad como un posible predictor.

Los datos de esta investigación proceden de una encuesta transversal de personas de 50 años o más que estaban cursando estudios en diferentes centros de formación adscritos a la Universitat de València en España (N=652), con edades comprendidas entre 50 y 80 años ( $M=63.12$ ,  $DT=6.68$ ), de las cuales el 66.3% eran mujeres. Los datos se recabaron mediante un cuestionario que recogía información sociodemográfica y variables psicológicas: Apoyo social, Red social, Satisfacción con la vida, Bienestar Psicológico, Salud percibida, Depresión, Autocuidado y Soledad o Aislamiento social. Se realizaron análisis descriptivos, MANOVAs, MANCOVAs, análisis correlacionales, y se estimó un modelo de ecuaciones estructurales.

Los resultados obtenidos mostraron que el Sexo afecta significativamente en la percepción de Recursos Sociales, Salud y Soledad o Aislamiento social. En cuanto al Estado Civil las diferencias significativas se dieron en los componentes de Satisfacción vital y Bienestar y en los niveles de Soledad y Aislamiento social. En relación con la Edad, únicamente surgieron diferencias significativas en Satisfacción con la vida y Bienestar. La Situación Laboral influye significativamente en la Salud, la Satisfacción vital y Bienestar Psicológico. Encontramos evidencias de que el Cuidado a familiares dependientes influye significativamente en la percepción de Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción con la vida y Salud. Mientras que el Cuidado de nietos afecta significativamente a la Satisfacción vital y Bienestar Psicológico y a la Salud. No se ha podido demostrar la existencia de efectos de interacción multivariada del Sexo con el resto de variables en los indicadores analizados. Las relaciones entre variables han mostrado que tanto el Número de miembros de la red familiar como la Frecuencia de contacto con ellos, se asocia significativamente y positivamente con los componentes evaluados, a excepción de las relaciones con los progenitores vivos. El modelo inicial hipotetizado, adaptado del Modelo Integral PCP atribuido a Kahana y Kahana (2014), mostró un ajuste aceptable entre los datos y el modelo inicial, y hemos probado empíricamente el papel predictivo del cuidado informal en el envejecimiento exitoso.

Para concluir, este trabajo de investigación proporciona una mejor comprensión de los factores de influencia involucrados en el envejecimiento activo, saludable y exitoso. Los resultados permiten conocer la realidad y la importancia que las personas mayores conceden a las diferentes dimensiones que lo componen en base a diferentes criterios sociodemográficos, y probar que el perfil de este colectivo concuerda con los modelos planteados en la literatura de este paradigma científico. A su vez, nos ha permitido examinar el impacto que el cuidado informal tiene en el bienestar de las personas mayores, resaltando que la generatividad en la vejez da contenido y sentido al concepto de envejecimiento activo y saludable o con éxito.

## Índice general

Agradecimientos.....	VI
Resumen .....	VIII
Índice general .....	X
Índice de figuras .....	XIV
Índice de tablas.....	XVIII
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>31</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 1. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO .....</b>	<b>41</b>
1.1. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO: UN MUNDO QUE ENVEJECE .....	43
1.2. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN ESPAÑA .....	48
1.3. LOS NUEVOS “VIEJOS” .....	56
<b>CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO.....</b>	<b>61</b>
2.1. REFLEXIONES TEÓRICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y EL GÉNERO. ....	63
2.2. ALGUNAS DELIMITACIONES CONCEPTUALES SOBRE SEXO Y GÉNERO: ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE GÉNERO?.....	67
2.3. LA FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ .....	75
2.3.1. La feminización de los hombres maduros: cambiando roles y relaciones.....	76
2.3.2. La complejidad del género: la androginia.....	80
2.4. DESIGUALDADES ENTRE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES EN EL ENVEJECIMIENTO .....	84
2.4.1. Teorías sobre las diferencias de género .....	86
2.4.2. Teorías sobre las diferencias de género en el envejecimiento .....	92
2.4.3. Indicadores de desigualdad de género en el envejecimiento .....	100
2.5. EQUIDAD DE GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO .....	118
<b>CAPÍTULO 3. EL CUIDADO .....</b>	<b>125</b>
3.1. DESARROLLO DE LA GENERATIVIDAD EN LA VEJEZ.....	128
3.1.1. Generatividad y envejecimiento con éxito.....	132
3.2. CONCEPTO DE CUIDADOS .....	135
3.3. CUIDADO Y ROLES DE GÉNERO.....	141
3.4. CUIDADO INFORMAL A FAMILIARES DEPENDIENTES: EFECTOS SOBRE LA SALUD Y BIENESTAR DEL CUIDADOR .....	147
3.5. LOS ABUELOS CUIDADORES DE SUS NIETOS: EL APOYO DE LAS PERSONAS MAYORES A HIJOS/AS Y NIETOS/AS .....	153
<b>CAPÍTULO 4. ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SALUDABLE Y CON ÉXITO.....</b>	<b>169</b>
4.1. ORÍGENES DEL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA .....	171
4.2. EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO .....	174
4.2.1. Definiciones y modelos teóricos .....	174

4.3. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.....	197
4.3.1. Antecedentes políticos .....	197
4.3.2. Modelos teóricos de Envejecimiento Activo y Saludable .....	203
<b>CAPÍTULO 5. VARIABLES INDICADORES Y COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SALUDABLE O CON ÉXITO.....</b>	<b>209</b>
5.1. LOS RECURSOS SOCIALES: RED SOCIAL, APOYO SOCIAL Y SOLEDAD.....	224
5.1.1. Red social y Apoyo Social.....	225
5.1.2. Soledad.....	246
5.2. SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO .....	263
5.3. SALUD .....	277
5.3.1. Salud percibida.....	277
5.3.2. Depresión .....	282
5.3.3. Autocuidado.....	291
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>303</b>
<b>CAPÍTULO 6. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>305</b>
<b>CAPÍTULO 7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>315</b>
7.1. OBJETIVOS .....	317
7.2. HIPÓTESIS .....	319
<b>CAPÍTULO 8. MÉTODO.....</b>	<b>325</b>
8.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	327
8.2. PROCEDIMIENTO .....	327
8.3. PARTICIPANTES.....	329
8.4.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....	333
8.4.1. Variables Sociodemográficas e indicadores ad-hoc .....	335
8.4.2. Variables psicológicas .....	338
8.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	363
<b>CAPÍTULO 9. RESULTADOS.....</b>	<b>371</b>
9.1. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. ....	375
9.1.1 Análisis diferencial de las variables en función del Sexo.....	375
9.1.2. Análisis diferencial en las variables en función del Estado Civil2.....	390
9.1.3. Análisis diferencial en las variables en función de la Edad2.....	404
9.1.4. Análisis diferencial de las variables en función de la Situación Laboral2 .....	420
9.2. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES CON LA FRECUENCIA DE CONTACTO CON FAMILIARES: HIJOS, NIETOS Y PADRES .....	436
9.2.1. Análisis descriptivo de las variables independientes: Número de hijos, nietos y padres vivos .....	437
9.2.2. Correlaciones entre Número y Frecuencia de contacto con hijos.....	439
9.2.3. Correlaciones entre el Número y Frecuencia de contacto con nietos .....	448

9.2.4. Correlaciones entre Número y Frecuencia de contacto con los padres .....	458
9.3. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES EN FUNCIÓN DE LAS SITUACIONES DE CUIDADO .....	466
9.3.1. Análisis descriptivo de las variables Cuidado a familiares dependientes y Cuidado de nietos .....	467
9.3.2. Análisis diferencial en función de la situación de Cuidado de personas o familiares dependientes.....	469
9.3.3. Análisis diferencial en función de la situación de Cuidado de nietos.....	492
9.4. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES EN FUNCIÓN DEL SEXO Y SU INTERACCIÓN CON EDAD, ESTADO CIVIL, SITUACIÓN LABORAL, CUIDADO A NIETOS Y CUIDADO A PERSONAS DEPENDIENTES .....	513
9.4.1. Análisis de las variables Sexo * Edad 2.....	513
9.4.2. Análisis de las variables Sexo * Estado Civil2 .....	537
9.4.3. Análisis de las variables Sexo * Situación Laboral2 .....	567
9.4.4. Análisis de las variables Sexo* Cuidado de familiar dependiente .....	593
9.4.5. Análisis de las variables Sexo*Cuidado de nietos .....	615
9.5. MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES .....	641
<b>CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN.....</b>	<b>6477</b>
10.1. RELACIONES ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO .....	6499
10.1.1. Relaciones entre el Sexo y el envejecimiento con éxito .....	65050
10.1.2. Relaciones entre el Estado Civil y el envejecimiento con éxito .....	67070
10.1.3. Relaciones entre la Edad y el envejecimiento con éxito .....	6788
10.1.4. Relaciones entre la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito.....	69090
10.2. RELACIONES ENTRE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO Y LA RED FAMILIAR.....	7000
10.2.1. Relaciones entre el número de miembros de la red familiar y el envejecimiento con éxito.....	7011
10.2.2. Relaciones entre la frecuencia de contacto con la red familiar y el envejecimiento con éxito.....	7133
10.3. RELACIONES ENTRE EL CUIDADO INFORMAL Y EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO .....	7244
10.3.1. El cuidado a familiares dependientes.....	7244
10.3.2. El cuidado de nietos .....	744
10.4. EFECTOS DE INTERACCIÓN DEL SEXO CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO .....	7577
10.4.1. Interacción del Sexo con la Edad .....	7588
10.4.2. Interacción del Sexo con el Estado Civil .....	7699
10.4.3. Interacción del Sexo con la Situación Laboral .....	78080
10.4.4. Interacción del Sexo con el Cuidado a familiares dependientes .....	7855
10.4.5. Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos .....	7966
10.5. MODELO DE ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO .....	80909

<b>CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES</b> .....	8133
11.1. CONCLUSIONES.....	8166
11.2.LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS .....	8522
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	85959
<b>ANEXO</b> .....	9655

## Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Proporción de la población de 65 años en cinco regiones del mundo 1950-2050. ...	45
<i>Figura 2.</i> Pirámide de población española por sexo y edad 2014-2064. ....	49
<i>Figura 3.</i> Años de vida en buena salud a los 65 años. Brecha de género. España 2015.....	51
<i>Figura 4.</i> Pirámide de cuidadores principales de personas de más de 65 años, 2008.....	54
<i>Figura 5.</i> Patrones de cuidado informal. Quien cuida de quien.....	55
<i>Figura 6.</i> Modelo de Envejecimiento con Éxito (Rowe y Kahn, 1997, 1998). ....	177
<i>Figura 7.</i> Modelo 1 de Proactividad Preventiva y Correctiva de Kahana y Kahana (1996). ...	184
<i>Figura 8.</i> Modelo 2, Modelo Integral de Proactividad Preventiva y Correctiva (Kahana & Kahana, 1996, 2002; Kahana et al., 2012). ....	185
<i>Figura 9.</i> Modelo 3 Integral de PCP (Kahana et al., 2014). Adaptado de Kahana y Kahana (1996). ....	189
<i>Figura 10.</i> Modelo de dos factores de envejecimiento con éxito de Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010).....	192
<i>Figura 11.</i> Modelo de Envejecimiento con Éxito de Parslow et al. (2011). ....	194
<i>Figura 12.</i> Modelo de Cuatro factores de Envejecimiento con Éxito de Lee et al. (2011). ..	196
<i>Figura 13.</i> Determinantes del envejecimiento activo según el Modelo de la OMS (2002)...	205
<i>Figura 14.</i> Modelo Multidimensional-Multinivel de envejecimiento .....	207
<i>Figura 15.</i> Modelo Integral PCP de Kahana et al. (2014). ....	222
<i>Figura 16.</i> Modelo Integral PCP adaptado para esta investigación (Kahana et al., 2014). ...	223
<i>Figura 17.</i> Gráfico de sectores de la distribución por Sexos. ....	329
<i>Figura 18.</i> Histograma distribución según la Edad.....	329
<i>Figura 19.</i> Diagrama de barras de la distribución de casos según el Sexo y la Edad.....	330
<i>Figura 20.</i> Diagrama de barras de la distribución de los participantes según el Sexo y el Estado Civil.....	331
<i>Figura 21.</i> Medias entre Edad y el factor Relaciones Positivas del Cuestionario Bienestar Psicológico de Ryff. ....	411
<i>Figura 22.</i> Medias entre Edad y el factor Propósito con la vida del Cuestionario Bienestar Psicológico de Ryff. ....	411
<i>Figura 23.</i> Medias entre Edad y Satisfacción Temporal con la Vida.....	412
<i>Figura 24.</i> Medias entre Situación Laboral y Relaciones Positivas con los demás (Ryff)...	427
<i>Figura 25.</i> Medias entre Situación Laboral y Satisfacción Temporal con la Vida Presente. ...	427

<i>Figura 26.</i> Medias entre Situación Laboral y Autocuidado Interno. ....	431
<i>Figura 27.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Red Social. ..	474
<i>Figura 28.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Propósito de vida (Ryff). ....	479
<i>Figura 29.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autoaceptación (Ryff). ....	479
<i>Figura 30.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Satisfacción Vital Pasada. ....	481
<i>Figura 31.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Satisfacción Vital Presente. ....	481
<i>Figura 32.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Satisfacción Vital Futura. ....	481
<i>Figura 33.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autocuidado Social. ....	486
<i>Figura 34.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autocuidado interno. ....	486
<i>Figura 35.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Soledad Social. ....	490
<i>Figura 36.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de Nietos y Red social. ....	496
<i>Figura 37.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de Nietos y Apoyo social afectivo. ....	496
<i>Figura 38.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y el factor Propósito de vida (Ryff). ....	502
<i>Figura 39.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Satisfacción con la vida Presente, Pasada y Futura. ....	502
<i>Figura 40.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Autocuidado social. ....	506
<i>Figura 41.</i> Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Autocuidado interno. ....	507
<i>Figura 42.</i> Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Red social. ....	542
<i>Figura 43.</i> Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Satisfacción vital presente. ....	549
<i>Figura 44.</i> Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Autocuidado social. ....	557

<i>Figura 45.</i> Interacciones estadísticamente significativas entre Situación Laboral y Sexo en Red social. ....	572
<i>Figura 46.</i> Efectos principales significativos de la Situación Laboral en el factor Relaciones positivas con los demás (Ryff). ....	579
<i>Figura 47.</i> Efectos principales de la Situación Laboral en Autocuidado Social.....	586
<i>Figura 48.</i> Interacciones estadísticamente significativas entre Cuidado de nietos y Sexo en Propósito de vida (Ryff). ....	627
<i>Figura 49.</i> Modelo hipotético de predicción de envejecimiento exitoso siguiendo la teoría de Kahana y Kahana (2014). ....	642
<i>Figura 50.</i> Modelo final resultante: por simplicidad no se muestran los efectos directos, que pueden verse en la Figura 51. ....	644
<i>Figura 51.</i> Modelo final resultante: solo efectos directos. ....	645



## Índice de tablas

Tabla 1. Marco conceptual para el Envejecimiento Activo y Saludable de Bousquet, Kuh, et al. (2015) y modificado de Kuh et al. (2014). .....	216
Tabla 2. Tabla de contingencia Sexo * Edad2. ....	330
Tabla 3. Tabla de contingencia Sexo * Estado Civil.....	331
Tabla 4. Tabla de contingencia Sexo * Situación Laboral actual. ....	332
Tabla 5. Medias y Frecuencias de contacto con Hijos, Nietos y Padres Vivos. ....	333
Tabla 6. Resumen de las variables dependientes e independientes e instrumentos de medida. ....	362
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.....	377
Tabla 8. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.....	377
Tabla 9. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.....	378
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo.....	380
Tabla 11. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo.....	381
Tabla 12. ANOVAs de continuación para los factores de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo. ....	382
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.....	383
Tabla 14. Contrastes Multivariados para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.....	384
Tabla 15. ANOVAs de continuación para Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.....	385
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad (DJGLS) y Aislamiento Social (UCLA-3) en función del Sexo.....	386
Tabla 17. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Sexo.....	387

Tabla 18. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Sexo.....	387
Tabla 19. Resumen de los resultados obtenidos de los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Sexo. ....	389
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función del Estado Civil.....	391
Tabla 21. Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función del Estado Civil. ....	392
Tabla 22. ANOVAs de continuación para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función del Estado Civil. ....	392
Tabla 23. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Estado Civil. ....	394
Tabla 24. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar psicológico y Satisfacción con la vida en función del Estado Civil. ....	395
Tabla 25. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función del Estado Civil. ....	396
Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil. ....	398
Tabla 27. Contrastes Multivariados para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil.....	399
Tabla 28. ANOVAs de continuación para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil.....	400
Tabla 29. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil. ....	401
Tabla 30. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil.....	401
Tabla 31. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil.....	402
Tabla 32. Resumen de los resultados obtenidos de los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Estado Civil. ....	403
Tabla 33. Estadísticos descriptivos de las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función de la Edad2.....	405

Tabla 34. Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función de la Edad2. ....	406
Tabla 35. ANOVAs de continuación para las variables Red Social y Apoyo Social en función la Edad2. ....	406
Tabla 36. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Edad2. ....	408
Tabla 37. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológicos y Satisfacción Vital en función de la Edad2. ....	409
Tabla 38. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la Vida en función la Edad2. ....	409
Tabla 39. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Edad2. ....	413
Tabla 40. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Edad2. ....	414
Tabla 41. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función la Edad2. ....	415
Tabla 42. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Edad2. ....	416
Tabla 43. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Edad2. ....	417
Tabla 44. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función la Edad2. ....	417
Tabla 45. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Edad2. ....	419
Tabla 46. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Situación Laboral. ....	422
Tabla 47. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Situación Laboral. ....	422
Tabla 48. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social funcional en función la Situación Laboral. ....	422
Tabla 49. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Situación Laboral. ....	424

Tabla 50. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Situación Laboral.....	425
Tabla 51. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función la Situación Laboral. ....	426
Tabla 52. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Situación Laboral.....	429
Tabla 53. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Situación Laboral. ....	430
Tabla 54. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función la Situación Laboral. ....	430
Tabla 55. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Situación Laboral.....	433
Tabla 56. . Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Situación Laboral. ....	433
Tabla 57. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función la Situación Laboral. ....	434
Tabla 58. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Situación Laboral.....	435
Tabla 59. Valores de N para las variables Número de hijos, nietos y padres vivos.....	437
Tabla 60. Frecuencias y porcentaje de Número de hijos.....	438
Tabla 61. Frecuencia y porcentaje de Número de nietos. ....	438
Tabla 62. Frecuencia y porcentaje del Número de padres vivos.....	439
Tabla 63. Relaciones entre el Número de hijos y los Recursos Sociales: Red social y Apoyo social funcional (Spearman).....	439
Tabla 64. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y los Recursos Sociales: Red social y Apoyo social funcional (Pearson). ....	440
Tabla 65. Relaciones entre el Número de hijos con el Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida (Spearman). ....	441
Tabla 66. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos con el Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Pearson). ....	442
Tabla 67. Relaciones entre el Número de hijos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman). ....	443

Tabla 68. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson). .....	444
Tabla 69. Relaciones entre el Número de hijos con Soledad y Aislamiento Social (Spearman). .....	445
Tabla 70. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y Soledad y Aislamiento Social (Pearson).....	446
Tabla 71. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones de Número de hijos y Frecuencia de contacto con hijos con las variables dependientes. ....	447
Tabla 72. Relaciones entre el Número de nietos con Red social y Apoyo social funcional (Spearman). .....	448
Tabla 73. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos y Red social y Apoyo social funcional (Pearson). .....	449
Tabla 74. Relaciones entre Número de nietos y Red Social y Apoyo Social Funcional (Spearman). .....	450
Tabla 75. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos y Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida (Pearson). .....	452
Tabla 76. Relaciones entre el Número de nietos y la Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman).....	453
Tabla 77. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson). .....	454
Tabla 78. Relaciones entre el Número de nietos con Soledad y Aislamiento Social (Spearman). .....	455
Tabla 79. Relaciones entre la Frecuencia de contacto nietos con Soledad y Aislamiento Social (Pearson).....	455
Tabla 80. Resumen de los resultados de las correlaciones entre Número de nietos y Frecuencia de contacto con los nietos y las variables dependientes. ....	457
Tabla 81. Relaciones entre el Número de padres vivos con Red social y Apoyo social funcional (Spearman). .....	458
Tabla 82. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los padres y Red Social y Apoyo Social Funcional (Pearson).....	459
Tabla 83. Relaciones entre el Número de padres vivos con Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Spearman).....	460

Tabla 84. Relaciones entre la Frecuencia de padres vivos con Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Pearson). .....	461
Tabla 85. Relaciones entre el Número de padres vivos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman). .....	462
Tabla 86. Relaciones entre la Frecuencia de padres vivos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson). .....	462
Tabla 87. Relaciones entre el número de padres vivos y Soledad y Aislamiento Social (Spearman). .....	463
Tabla 88. Relaciones entre la frecuencia de contacto con los padres y Soledad y Aislamiento Social (Pearson). .....	464
Tabla 89. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones entre el Número de padres vivos y la Frecuencia de contacto con los padres y las variables dependientes. ....	465
Tabla 90. Valores de N para las variables Cuidado nietos y Cuidado a familiares dependientes. ....	468
Tabla 91. Frecuencia y porcentaje de la variable Cuidador de familiares dependientes. ....	468
Tabla 92. Frecuencia y porcentaje de la variable Cuidado nietos. ....	469
Tabla 93. Etiquetas y valores de N para la variable Cuidador de familiares dependientes recodificada. ....	470
Tabla 94. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	471
Tabla 95. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado a familiares dependientes recodificada. ....	472
Tabla 96. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	473
Tabla 97. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	476
Tabla 98. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	477
Tabla 99. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	478
Tabla 100. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	483

Tabla 101. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	484
Tabla 102. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	485
Tabla 103. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	487
Tabla 104. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	488
Tabla 105. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada. ....	489
Tabla 106. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en función del cuidado a familiares dependientes recodificada. ....	491
Tabla 107. Etiquetas y valores de N para la variable Cuidador de nietos recodificada. ....	492
Tabla 108. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	494
Tabla 109. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de Nietos recodificada. ....	494
Tabla 110. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	495
Tabla 111. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	499
Tabla 112. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de ietos recodificada. ....	500
Tabla 113. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	500
Tabla 114. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	504
Tabla 115. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	505
Tabla 116. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	505
Tabla 117. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	509

Tabla 118. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	509
Tabla 119. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	510
Tabla 120. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Cuidado de nietos recodificada. ....	511
Tabla 121. Valores de N para las variables Sexo * Edad 2. ....	514
Tabla 122. Tabla de contingencia Sexo * Edad2. ....	514
Tabla 123. Estadísticos descriptivos de las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	515
Tabla 124. Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	517
Tabla 125. ANOVAs de continuación) para las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad2. ....	517
Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	520
Tabla 127. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	522
Tabla 128. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	524
Tabla 129. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	526
Tabla 130. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	527
Tabla 131. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	529
Tabla 132. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	531
Tabla 133. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	533
Tabla 134. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2. ....	534

Tabla 135. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo*Edad2. ....	535
Tabla 136. Valores de N para las variables Sexo * Estado Civil (EC2). ....	537
Tabla 137. Tabla de contingencia Sexo * Estado Civil (EC2). ....	538
Tabla 138. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	539
Tabla 139. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	540
Tabla 140. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	541
Tabla 141. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	545
Tabla 142. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	547
Tabla 143. ANOVAs de continuación) para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	550
Tabla 144. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	553
Tabla 145. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	554
Tabla 146. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	555
Tabla 147. .Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	560
Tabla 148. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	561
Tabla 149. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2. ....	563
Tabla 150. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo*Estado Civil2. ....	565
Tabla 151. Valores de N para las variables Sexo * Situación Laboral (Sitlab2). ....	567
Tabla 152. Tabla de contingencia Sexo * Situación Laboral (Sitlab2). ....	568

Tabla 153. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2). .....	569
Tabla 154. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2). .....	570
Tabla 155. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).....	571
Tabla 156. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2). .....	574
Tabla 157. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).	578
Tabla 158. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).	580
Tabla 159. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).....	582
Tabla 160. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).....	584
Tabla 161. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).....	585
Tabla 162. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).....	587
Tabla 163. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2). .....	589
Tabla 164. ANOVAs de continuación) para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2). .....	590
Tabla 165. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo*Situación Laboral2.....	591
Tabla 166. Valores de N para las variables Sexo * Cuidador de familiares dependientes. ...	593
Tabla 167. Tabla de contingencia Sexo * Cuidador de familiar dependiente.....	594

Tabla 168. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada. ....	595
Tabla 169. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de dependientes recodificada.....	596
Tabla 170. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.....	597
Tabla 171. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.....	599
Tabla 172. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de dependientes recodificada.....	602
Tabla 173. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	603
Tabla 174. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	605
Tabla 175. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	607
Tabla 176. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	608
Tabla 177. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.....	609
Tabla 178. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	611
Tabla 179. ANOVAs de continuación) para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada. ....	612
Tabla 180. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo* Cuidado a familiares dependientes recodificada. ....	613
Tabla 181. Valores de N para las variables Sexo * Cuidado de nietos. ....	615
Tabla 182.. Tabla de contingencia Sexo * Cuidado de nietos recodificada. ....	616

Tabla 183. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.....	617
Tabla 184. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada.....	619
Tabla 185. ANOVAs de continuación) para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada. ....	620
Tabla 186. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada. ....	622
Tabla 187. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de Nietos recodificada. ....	625
Tabla 188. ANOVAs de continuación) para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada. ....	628
Tabla 189. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.....	630
Tabla 190. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada. ....	632
Tabla 191. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.....	633
Tabla 192. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada. ....	635
Tabla 193. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada.....	637
Tabla 194. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada. ....	638
Tabla 195. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo* Cuidado de Nietos recodificada. ....	639



# **MARCO TEÓRICO**



# INTRODUCCIÓN

*“Los baby-boomers, a los que yo pertenezco, somos una generación muy especial, muy numerosa, con niveles de salud que ninguna generación precedente ha tenido, con niveles educacionales altos y con más ingresos. Somos también una generación muy activa, la que estaba en las calles en el 68. Por lo tanto, no vamos a envejecer con estereotipos del pasado. Yo no voy a envejecer como mi padre o como mi abuelo. Eso es la gerontolescencia. Ahora estamos creando otra transición”.*

*Alexander Kalache*

*Ex-director del Programa de Envejecimiento Activo de la OMS*

Las personas mayores se han convertido desde hace años en creciente objeto de interés, pues una de las características más señaladas del siglo XXI es el fenómeno demográfico denominado envejecimiento de la población. Es una realidad evidente que las sociedades están envejeciendo a un ritmo rápido y, aparentemente, imparable, fruto del aumento de la esperanza de vida, por un lado, y del descenso en nacimientos, por el otro, como causas principales. Como ejemplo de este hecho destacar que la Comisión Europea declaró el año 2012 *Año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional*.

Desde hace muchos años las personas mayores despertaron mi curiosidad por las historias que contaban. Relaciones muy cercanas que me arroparon desde muy joven y de las que aprendí que todo es interesante: la vida real, la vida onírica, objetos, flores, animales...; pero, especialmente, la gente, las personas. Aprendí que la mayoría de las personas mayores gozan de buena salud, tienen experiencias vitales valiosas para otras generaciones y pueden asumir roles productivos en la sociedad, pues la vejez no tiene edad. A los nueve como a los noventa y nueve es posible vivir con intensidad, pintar un cuadro, abrir un libro nuevo o crear un huerto. Y al tiempo que maduramos, ser testigos de cómo la vida se va poniendo más interesante, interpretando mejor la realidad y comprender que el mundo no gira a nuestro alrededor. No podemos detener el tiempo, envejecer es obligatorio, y no tiene por qué ser algo negativo o dramático. El paso del tiempo es precisamente el que nos permite crecer, aprender, sorprendernos y evolucionar como personas. Promover una mentalidad de crecimiento es un

modo de mejorar las probabilidades de éxito de las personas, incluso y sobre todo, en esta etapa vital.

Los mayores de hoy son distintos respecto a los mayores de épocas pasadas y su imagen social se ha diversificado y, como resultado, los estereotipos sobre el envejecimiento pierden vigencia. Aún así, en la sociedad actual todavía se conservan abundantes prejuicios respecto a esta etapa vital. La representación tradicional de la vejez incluye casi exclusivamente connotaciones negativas: deterioro físico y mental, la inactividad o la ausencia de proyectos de futuro se consideraban rasgos frecuentes. Sin embargo, se trata de generalizaciones cada vez más inexactas. Tras siglos de concebir la vejez en términos negativos y deterministas, en poco más de unas décadas, la imagen de la vejez como una etapa de declive ha dado paso a una perspectiva del envejecimiento más positiva, que incluye la vejez como una etapa más dentro del continuo vital y que considera que cada vez será más importante y diversa, incorporando conceptos y paradigmas teóricos que engloban las diversas formas del buen envejecer, envejecimiento activo y saludable (en el área europea) y envejecimiento exitoso (en el área americana).

Quienes en estos momentos viven el proceso de envejecimiento ofrecen perfiles socioculturales e individuales alejados de mitos que, felizmente, han sido superados. Una proporción creciente de las personas mayores de hoy manifiesta deseos y aspiraciones inusuales hasta ahora; una circunstancia que contribuye a que desaparezcan muchas falsas creencias sobre la vejez. La salud, autonomía, relaciones sociales y satisfacción vital de las personas mayores actuales son superiores a las de generaciones anteriores. Y una buena calidad de vida en la vejez se nutre de estas condiciones excepcionales. Como señala Alexander Kalache (Prats, 2013), no podemos pasar todos esos años sentados. La gerontolescencia, nombre con el que él denomina esta etapa, ha llegado para quedarse.

El envejecimiento positivo es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades e incluye a ambos enfoques teóricos: el envejecimiento activo y saludable y el envejecimiento con éxito. Busca crear un futuro deseable, donde enfrentar con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica, y donde las personas mayores sean independientes y autónomas, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes.

La presente tesis doctoral se enmarca en el proyecto I+D+ i LOL, PSI2014-53280R. Con esta investigación se pretende demostrar que los Programas de Aprendizaje a lo largo de la vida (Lifelong Learning Programs) proporcionan oportunidades y apoyo para estimular la participación en las personas mayores con el fin de desarrollar un envejecimiento activo y saludable, y al mismo tiempo, aspiramos a identificar y analizar el perfil de los adultos mayores en relación con su participación en el aprendizaje permanente, así como identificar potenciales predictores e indicadores de envejecimiento con éxito que permitan probar que el perfil de este colectivo concuerda con los modelos planteados en la literatura de este paradigma científico del envejecimiento positivo.

La literatura previa ha confirmado que el aprendizaje en la vejez contribuye a la buena salud, la satisfacción con la vida, la independencia y la autoestima (Tam, 2011), siendo por tanto el aprendizaje a lo largo de la vida uno de los factores que promueven el envejecimiento activo y la calidad de vida (Tam, 2013). Las mujeres y hombres mayores que participan en programas universitarios para mayores, llamados en España PUM, y en otros contextos culturales Third Age University Programs 3AUP, pueden obtener beneficios psicológicos, intelectuales y sociales que se asocian positivamente con el hecho de vivir una jubilación satisfactoria y gozar de una calidad de vida buena. Envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida son dos conceptos próximos; junto a la salud, la participación y la seguridad, el aprendizaje a lo largo de la vida es un elemento determinante del envejecimiento activo que se debe contemplar con una perspectiva amplia e integradora; con independencia de la edad de las personas. Quienes hoy se jubilan tienen por delante una larga esperanza de vida. Libres de obligaciones laborales, estas nuevas generaciones ya no se quedan en casa; acceden a las variadas ofertas educativas cada vez con mayor frecuencia y llenan las aulas como unos alumnos más. Los beneficios de la educación en la vejez son innegables. Un ejercicio intelectual continuado proporciona un mayor desarrollo vital, ofrece nuevas oportunidades de interacción social y contribuye a favorecer la independencia y autonomía.

Este estudio tiene como objetivo general identificar y evaluar potenciales predictores o factores que median en el envejecimiento con éxito, activo y saludable en una muestra de personas mayores de 50 años que participan en programas universitarios para personas mayores. Haciendo especial hincapié en el análisis de cómo el sexo/género y las situaciones de cuidado informal, como ejemplo de comportamiento generativo, influyen o afectan en los indicadores seleccionados como componentes del envejecimiento exitoso.

Sin duda, el contexto sociocultural tiene una gran influencia en las biografías y trayectorias vitales de hombres y mujeres. Las desigualdades que se han desarrollado a lo largo de la vida se acumulan en la vejez, y pueden determinar las diferencias en el estado de salud y en el bienestar en el envejecimiento. Ciertamente, el género, como construcción social, revela diferencias de pensamiento, de rol, de salud, económicas, políticas, laborales, etc. La desigualdad de género y las problemáticas derivadas de él se mantienen en etapas avanzadas del ciclo vital. Además, otros factores inciden en el proceso de envejecimiento femenino de manera distinta al mismo proceso en el caso de los hombres. Por otro lado, la tradicional responsabilidad de las mujeres sobre la provisión de cuidados y las tareas domésticas, con apenas modificaciones en los últimos años, puede influir en la diferente distribución del uso del tiempo entre géneros y en los ingresos, lo que puede conllevar a una falta de balance entre sexos en sus experiencias y percepciones de envejecimiento exitoso. Esta ocupación, el cuidado, nunca estuvo considerada como un empleo; no obstante, pese a su invisibilidad social, constituye una fuente de bienestar primordial, siendo la provisión de cuidados que muchas personas mayores realizan cada día, bien cuidando de sus nietos o bien de familiares dependientes, constituir un valioso recurso que debería estar considerado, pues el acto de cuidar ha de recibir un mayor reconocimiento, tanto social como económico. En este sentido, la incorporación de otras dimensiones como fuente de participación social es necesaria para que se visualice la realidad de las personas mayores y su aportación a la sociedad.

El estudio contiene once capítulos divididos en dos partes complementarias. La primera comprende los capítulos uno al cinco y expone los fundamentos que sustentan el contenido del mismo; la segunda con los capítulos seis al once, describe el trabajo de campo realizado, así como los resultados obtenidos y las principales conclusiones a las que hemos llegado.

En el primer capítulo, titulado *El envejecimiento demográfico*, se hablará, precisamente, del envejecimiento de la población, sus características, repercusiones personales, socioculturales y económicas tanto a nivel mundial como en nuestro contexto sociocultural. Cambios en los indicadores demográficos que impactan en las formas en que organizan su vida las personas mayores y que significan mucho más que prolongar el tiempo de vida: definen cambios actitudinales, distintas necesidades para la planificación de la vida y van delineando nuevos perfiles. Se pretende poner en relieve, la profunda relevancia social que está adquiriendo este grupo de población.

En el segundo capítulo, titulado *Género y envejecimiento*, se abordarán cuestiones teóricas relacionadas con el género, el envejecimiento y el bienestar, que como categorías sociales explicativas, también construidas, permitan entender lo que se esconde tras el sexo biológico en las personas mayores. Se pretende tomar una mayor conciencia creciente del fenómeno social “Feminización de la vejez” y las consecuencias relacionadas con este hecho. Además se revisan las formulaciones teóricas más relevantes que se han desarrollado para explicar las diferencias de sexo/género en diferentes ámbitos. Así como también se exponen aquellos indicadores en donde existe desigualdad de género en el envejecimiento en nuestro contexto cultural en la actualidad.

Posteriormente, en el tercer capítulo, titulado *El Cuidado*, se describirán algunos conceptos teóricos relacionados con el cuidado. Y se abordará el desarrollo de la generatividad en la vejez y en concreto cómo el cuidado de otros, como expresión generativa, afecta o influye al envejecimiento con éxito y en los niveles de bienestar en las personas mayores. También se explicará la histórica relación del cuidado de otros y los roles de género, en donde se destaca la tradicional responsabilidad de las mujeres sobre las tareas de cuidado y domésticas. Finalmente, se revisan las investigaciones más relevantes sobre el cuidado informal y sus manifestaciones más comunes en las personas mayores: el cuidado a familiares dependientes y el cuidado de nietos.

En el capítulo siguiente, el cuarto, titulado *Envejecimiento Activo, Saludable y con Éxito*, se realizará una aproximación histórica en los orígenes del estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva, para posteriormente describir y sintetizar la literatura sobre algunos de los planteamientos teóricos más representativos de esta perspectiva en la actualidad, distinguiendo entre los modelos de tradición europea que hablan sobre el envejecimiento activo y saludable, de los que deriva el modelo de la OMS. Y por otra parte, revisaremos parte de los modelos que derivan de la tradición estadounidense que hablan de envejecimiento con éxito. Además veremos el reciente debate sobre los modelos anteriores y como empiezan a surgir nuevos enfoques teóricos que intentan superar los límites y la rigidez conceptual para describir modelos holísticos, inclusivos y universales, que permiten a cualquier persona envejecer con dignidad.

A continuación, y en el capítulo quinto, titulado *Indicadores y componentes del envejecimiento activo y saludable o con éxito*, que como ya hemos señalado, concluye la primera parte de la investigación correspondiente a los fundamentos teóricos. En este capítulo

se exponen los criterios con los que nos hemos basado para la realización de esta investigación en cuanto a la selección de aquellos indicadores, componentes o variables que son de interés en nuestro estudio y que pretenden capturar parte de la multidimensionalidad del envejecimiento exitoso. Para posteriormente, exponer las investigaciones más relevantes sobre este tema y las evidencias empíricas más notables en relación a las variables seleccionadas para esta investigación. Así, se han seleccionado cuatro dominios de funcionamiento; por un lado los Recursos Sociales, dado que el buen funcionamiento social a menudo se indica como un factor importante en el envejecimiento con éxito, tales como el apoyo social, la red social o la frecuencia de contacto con familiares. Por otro, estaría la Satisfacción vital y el Bienestar Psicológico, ambos importantes componentes del envejecimiento exitoso. A continuación un aspecto frecuentemente mencionado por las personas mayores constitutivo del envejecimiento óptimo es el dominio que hace referencia al buen funcionamiento en cuanto a la Salud. Este criterio se ha evaluado en base a tres indicadores de buen funcionamiento: una buena salud percibida, ausencia de sintomatología depresiva y la asunción de conductas de autocuidado. Finalmente el cuarto dominio seleccionado hace referencia a la Soledad y al Aislamiento social, el cual pretende evaluar los sentimientos subjetivos derivados de la ausencia de contacto con otros, pues está demostrado que la soledad no deseada es un importante factor de riesgo para la salud y la calidad de vida en las personas mayores.

La segunda parte de esta Tesis Doctoral, comprende toda la parte del estudio que hace referencia a la metodología. Así el capítulo seis, titulado Justificación, pretende enmarcar la línea en la que se sitúa el proyecto que planteamos y los motivos por los cuales se ha realizado esta investigación. En el capítulo siete, contiene los objetivos generales y específicos propuestos, así como las hipótesis planteadas para la realización de esta investigación. En el capítulo ocho, nos referiremos al método de investigación, es decir, haremos mención al plan de investigación, el procedimiento, los instrumentos utilizados, los análisis efectuados para poner a prueba las hipótesis propuestas, así como la descripción general de las personas mayores que han participado en este estudio. Seguidamente, en el capítulo nueve, se recogen los resultados de investigación obtenidos mediante los análisis y la interpretación de los resultados, para posteriormente, en el capítulo diez, ofrecer una reflexión y discusión sobre los principales resultados obtenidos y sus implicaciones. En último lugar, en el capítulo once, se resumirán las Conclusiones más relevantes de la investigación, así como

una visión crítica sobre las limitaciones de este proyecto de investigación y futuras líneas de investigación, para terminar finalmente con las referencias bibliográficas.

A partir de estos planteamientos, nuestro principal objetivo personal, es acercarnos a la realidad de las personas mayores desde una perspectiva positiva y crítica del envejecimiento. Nuestro principal objeto de estudio son las personas mayores que decidieron seguir participando activamente de la sociedad a través del aprendizaje a lo largo de la vida y de las relaciones generativas. Resulta inevitable abordar la investigación en el envejecimiento con éxito, activo y saludable, desde la perspectiva de género porque no solo la mayoría de las personas mayores son mujeres, también lo son las personas mayores en situación de vulnerabilidad, ya sea en materia de salud, cuidados, recursos económicos, pensiones, redes familiares y sociales, soledad, etc. Para la explicación de los fenómenos sociales, la perspectiva de género tiene en cuenta la situación diferenciada, o igualitaria, dependiendo de la pertenencia a uno u otro sexo. A través de este trabajo esperamos realizar una pequeña contribución científica para que otros investigadores y personas interesadas por la gerontología se acerquen a la realidad y puedan aprender con ello como nosotros también hemos aprendido mientras recorríamos el arduo camino de una tesis doctoral.



# Capítulo 1

## EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

*“No podemos hablar de esperanza de vida sin considerar  
también lo que podemos esperar de la vida”*

Julia Tavares Álvarez (1926-2012)

Embajadora de los Derechos de las Personas Mayores  
ante la Organización de Naciones Unidas



En este capítulo examinaremos la realidad de lo que significa hoy, y de lo que podría significar en el futuro el envejecimiento demográfico a nivel mundial, y también en nuestro contexto sociodemográfico, en España. Hablamos de envejecimiento demográfico para referirnos al proceso que configura la nueva pirámide poblacional consecuencia del aumento de la supervivencia y la longevidad. El cambio de la pirámide poblacional entraña consecuencias en todos los ámbitos sociales, entre ellos destacan la feminización de la vejez, el sobre-envejecimiento y el aumento de la dependencia. Pero sobretodo se ha democratizado la supervivencia hasta la vejez, la posibilidad de que la mayor parte de las personas puedan envejecer. La humanidad ha conseguido el logro de que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones de vida, lo que transforma por completo las trayectorias vitales. Más allá de adivinar hasta cuándo viviremos, parece claro que en términos generales superaremos a nuestros padres, y nuestros hijos nos superarán a nosotros. Por ello, si vamos a disponer de más tiempo y con una mejor salud, ¿qué podemos hacer para disfrutar de una vida plena todos los años que tenemos por delante?. En definitiva, vivir más de cien años puede ser un regalo si tomamos decisiones desde nuestro presente, orientadas a darnos permiso para reinventarnos, planificar, experimentar y mantener viva la pasión por aprender. Los progresos en la medicina, el desarrollo social con más oportunidades de bienestar y la conciencia de las personas sobre la importancia de vivir saludablemente han hecho realidad este anhelo y muy probablemente seamos capaces de disfrutar de una vida con sentido y más positiva.

### **1.1. El Envejecimiento Demográfico: un mundo que envejece**

La población mundial está envejeciendo: cada país en el mundo está experimentando un aumento en el número y en la proporción de personas mayores en su población. El envejecimiento de la población, fenómeno debido al cual las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población, es inevitable cuando la vida se prolonga y la gente tiene menos hijos. Es fruto de un conjunto de cambios relacionados tanto con la mejora de las condiciones de salud como demográficos, económicos y culturales. Está ocurriendo en la mayoría de los países porque la esperanza de vida ha aumentado y la fecundidad ha disminuido, es decir, hay una baja tasa de natalidad. El proceso de envejecimiento de la población mundial es un hecho incuestionable y es más pronunciado en los países desarrollados y con altos ingresos (es decir, Europa, Australia, Nueva Zelanda, América del Norte y Japón). El incremento de la esperanza de vida se debe a la mejora en la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la ciencia médica que se han producido

en las últimas décadas. Las personas están alcanzando edades que eran impensables en épocas anteriores, y ha aumentado significativamente el número de personas octogenarias y centenarias (Naciones Unidas, 2014a).

Pero, ¿por qué las poblaciones están envejeciendo? Según informa la OMS (2015), dos factores clave influyen en el envejecimiento. El primero de ellos, es el aumento de la esperanza de vida, tal y como ya se ha comentado. En promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Aunque gran parte de este aumento mundial responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores y una pequeña parte se debe al mayor índice de supervivencia de las personas de edad avanzada. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos 50 años. Estos cambios hacen que, a medida que los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, aumente la esperanza de vida al nacer. En tiempos más recientes, otra tendencia ha contribuido considerablemente al aumento de la esperanza de vida, en especial en aquellos países con mayores ingresos: el aumento de la supervivencia en la vejez. Así, en 1985 una mujer de 60 años de edad residente en Japón podía aspirar a vivir otros 23 años. En 2015, esa expectativa ha aumentado a casi 30 años (OMS, 2015). La mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en las experiencias de vida que las personas llevaron en etapas anteriores, es posible que hayan contribuido a este aumento. Sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo. La esperanza de vida en la vejez aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de mayores ingresos que en los contextos de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres.

La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad. Probablemente esto se deba a que los padres han notado que sus hijos ahora tienen más probabilidades de sobrevivir que en el pasado, al mayor acceso a la anticoncepción y a los cambios en las normas de género. Antes de los avances recientes en el desarrollo socioeconómico, las tasas de fecundidad en muchas partes del mundo eran de cinco a siete nacimientos por mujer (aunque muchos de estos niños no sobrevivieran hasta la edad adulta). En 2015, estas tasas han tenido una caída vertiginosa e incluso han quedado por debajo del nivel necesario para mantener el tamaño actual de las poblaciones. La excepción clave a estas caídas notables en las tasas de fecundidad es África y Oriente Medio, donde se observa un descenso más lento de estas tasas, que en general se mantienen en más de cuatro nacimientos

por mujer. Dado que la reducción de la fecundidad a menudo ha sido menor que la caída de la mortalidad infantil, con frecuencia esto se ha traducido en una explosión demográfica de las poblaciones más jóvenes. En muchos países desarrollados, este incremento se produjo poco después de la Segunda Guerra Mundial, y al segmento de la población resultante comúnmente se lo conoce como “baby boomers”. A medida que esta generación de personas llegue a la vejez, el envejecimiento de la población se acelerará (OMS, 2015).

Según los últimos datos de Naciones Unidas, se espera que el número de personas mayores de 60 años o más, se duplique para el año 2050 y triplique para el 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en el año 2100 (United Nations, 2017c). Actualmente, en 2019, las personas con 60 años o más, representan aproximadamente el 13% de la población mundial. Europa es el continente con población más envejecida y con un índice de dependencia de las personas mayores más elevado, el 19.4% de los europeos tienen más de 65 años y se prevé que esta proporción aumente en las próximas décadas a más de un cuarto de la población, llegando en 2050 a un 28.1%, pues el elevado número de “baby boomers” hará que aumente el número de personas mayores. No obstante, según las últimas previsiones demográficas de Eurostat (2018), en 2080, la pirámide poblacional adoptará más bien forma de bloque, estrechándose considerablemente por su parte central (en torno a los 45-54 años de edad). Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. De acuerdo con las proyecciones de población de Naciones Unidas, en el año 2060 el 27.3% de la población de los países desarrollados superará los 65 años y el 16.8% en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2015).

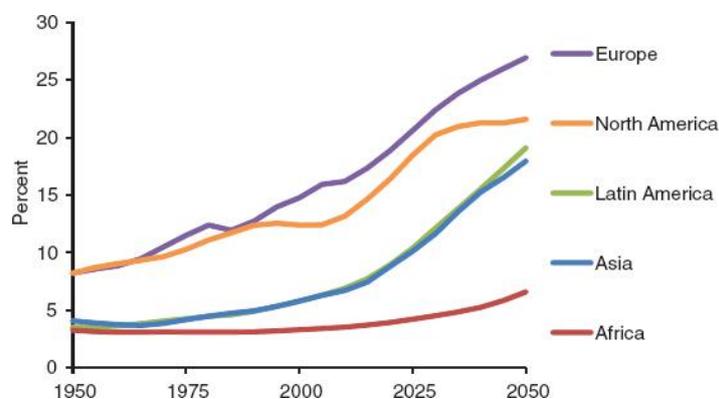


Figura 1. Proporción de la población de 65 años en cinco regiones del mundo 1950-2050.

Fuente: Naciones Unidas (2017).

Además, está aumentando el número de octogenarios, fenómeno denominado “sobreenvejecimiento” y que se caracteriza por un gran incremento de situaciones de dependencia, soledad y pobreza en este subgrupo. Es decir, nos referimos al progresivo envejecimiento del propio sector de las personas mayores, habida cuenta de que las personas de edad muy avanzada está creciendo a mayor velocidad que cualquier otro segmento de edad de la población de la Unión Europea. Se calcula que las personas que superan los 80 años, se triplicarán en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100 (Naciones Unidas, 2017). Y está previsto que el porcentaje de personas de 80 años o más dentro de la población de la EU-28 se duplique con creces entre 2017 y 2080, pasando de un 5.5% a un 12.7% (Eurostat, 2018). Si bien el proceso de envejecimiento de la población es más avanzado en Europa y América del Norte, las poblaciones de otras regiones también están envejeciendo. En concreto, las proyecciones sobre este grupo de población señalan que los países que destacarán con mayores porcentajes de población octogenaria en el 2060 serán Japón (18.3%) e Italia (17.4%). En España, se estima que en el año 2060 el 17.5% de la población tendrá 80 años o más, la segunda cifra más alta del mundo (IMSERSO, 2017). Por lo tanto, España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Según Naciones Unidas (2015), Japón encabeza el *ranking* de países con mayor proporción de población mayor (26.3%), seguido de Italia (22.4%) y Alemania (21.2%). Francia y el Reino Unido presentan unos valores muy similares a los españoles (IMSERSO, 2017).

En la práctica totalidad de los países, la población mayor está formada predominantemente por mujeres. Dado que las mujeres viven más que los hombres como promedio, las mujeres mayores superan en número a los hombres en todas partes. En 2014, había en todo el mundo 85 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de personas mayores de 60 años, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el de mayores de 80 años. Según las proyecciones, esta proporción entre los sexos aumentará moderadamente en las próximas décadas disminuyendo esta brecha, en consonancia con las previsiones de una mejora ligeramente más rápida de la mortalidad de los mayores en el caso de los hombres que en el de las mujeres (Naciones Unidas, 2014a).

De la misma manera, estamos viviendo un rápido proceso de urbanización. Según las Naciones Unidas, casi la mitad de los habitantes del planeta (alrededor de un 54%) viven

actualmente en zonas urbanas. Es decir, más de la mitad de la población mundial. Para 2050, Naciones Unidas proyecta que casi el 70% de las personas residirá en áreas urbanas (Naciones Unidas, 2014b). Se espera que las zonas urbanas absorban el crecimiento futuro de la población. Lo que a su vez, ha propiciado el alcance y la complejidad de la labor de ordenación de las zonas urbanas para crear entornos urbanos integradores y accesibles para las personas mayores, y que fomente el envejecimiento activo y saludable. Se plantearán necesidades que no se están afrontando como el diseño de las futuras ciudades inteligentes o amigables para los mayores (*Age-Friendly Cities*) y la accesibilidad universal. Este hecho se ha convertido en uno de los retos más importantes del siglo XXI.

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

Estos cambios demográficos suscitan hondas inquietudes sobre el posible debilitamiento de los sistemas de bienestar, tanto de apoyo familiares como los arreglos tradicionales de seguridad en la vejez. Como resultado de la tendencia hacia una menor fertilidad, las personas dispondrán de menos fuentes potenciales de atención y soporte familiar a medida que envejecan. Y muchos países tendrán que adaptar sus políticas y los niveles de prestación de servicios para cubrir las demandas de una población con una proporción de personas mayores de 65 años cada vez mayor (Naciones Unidas, 2014a).

El envejecimiento constituye claramente uno de los retos más importantes y a la vez también una oportunidad, ya que afectará a todos los sectores de nuestra economía y tendrá un impacto transversal en nuestro modelo de sociedad, en las empresas, en nuestra cultura y en nuestros valores. Son esas generaciones que contribuyen a la sociedad mediante el cuidado de los nietos y de los más mayores, ante la falta de ayudas públicas para la conciliación laboral y familiar, servicios de cuidado o guarderías. En un mundo que envejece rápidamente, las personas mayores, cada vez más, juegan un papel crítico en la sociedad. Sin embargo, este papel sólo puede garantizarse si éstas disfrutan de adecuados niveles de salud, calidad y

satisfacción de vida. Este hecho hace que los estudios en torno a estos constructos, en concreto, cobren una especial relevancia.

## 1.2. El Envejecimiento Demográfico en España

La sociedad española no solamente ha envejecido, sino que sigue envejeciendo. España parece un caso extremo de rápido crecimiento demográfico, pues a principios del siglo XX, la esperanza de vida no llegaba a los 35 años, cuando ya en muchos países europeos superaban los 50 años, un siglo después, la esperanza de vida con más de 80 años se sitúa entre las más altas del mundo. Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017) muestran que España en el año 2017 finalizó con una población de 46.549.045 personas. Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 19.4% sobre el total de la población, con más de 8 millones de personas. Además, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6.1% de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos (Abellán et al., 2019; Abellán, Ayala, Pérez, & Pujol, 2018; Abellán, Ayala, & Pujol, 2017b). Además, tiene una tasa de natalidad muy baja, de tan solo el 8.8%. Por tanto, en España, el fenómeno del envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad y la baja natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas. Los españoles, que viven de media 83 años, tienen una esperanza de vida muy alta comparada con la del resto de los ciudadanos del mundo.

Los estudios sobre las proyecciones de población auguran un envejecimiento demográfico insólito nunca antes experimentado. Estos cambios pueden observarse en la pirámide poblacional, cuya parte inferior tendería a tornarse angosta, mientras que la superior se iría ensanchando. Se prevé que en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29.4% del total de la población (Abellán et al., 2019). La década de los 2030 y 2040 registrará los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes del “*baby-boom*” (Abellán et al., 2018). La presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando y será todavía más notable en la década de los 40. Y como consecuencia de una mayor tasa de mortalidad masculina en todas las edades, el sexo predominante en la vejez es el femenino, pues hay un 32.9% más de mujeres que de hombres en la actualidad (Abellán, Ayala, et al., 2017b).

Y dado que la vida ganada a la muerte seguirá incrementándose, especialmente en las edades más avanzadas, se producirá adicionalmente un sobre-envejecimiento: las personas de más de 85 años se quintuplicarán en los próximos años, y representarán el 40% de todos los mayores (Abellán, Pujol, & Ramiro, 2014). Estas estimaciones son aún más pesimistas en estudios internacionales de prospectiva y en las proyecciones llevadas a cabo por la Organización de Naciones Unidas (ONU), que sitúan a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, de cuya población el 40% se situaría por encima de los 60 años (Fernández, Parapar, & Ruiz, 2010; United Nations, 2017b).

Por otra parte, en un análisis más detallado con los datos proporcionados por el INE (Abellán et al., 2019, 2018), Castilla y León, Asturias, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Por otro lado, Canarias, Murcia y Baleares son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16%. Mientras que Cataluña, Andalucía y Madrid son las comunidades con más población de edad, superando el millón de personas mayores cada una. Adicionalmente el mayor número de personas de edad se concentra en los municipios urbanos; por ejemplo, en los dos municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) viven más de un millón de personas mayores (1.006.020), más que en los 5.872 municipios rurales. Sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto del total) es mucho más acentuado en el mundo rural (Abellán et al., 2019).

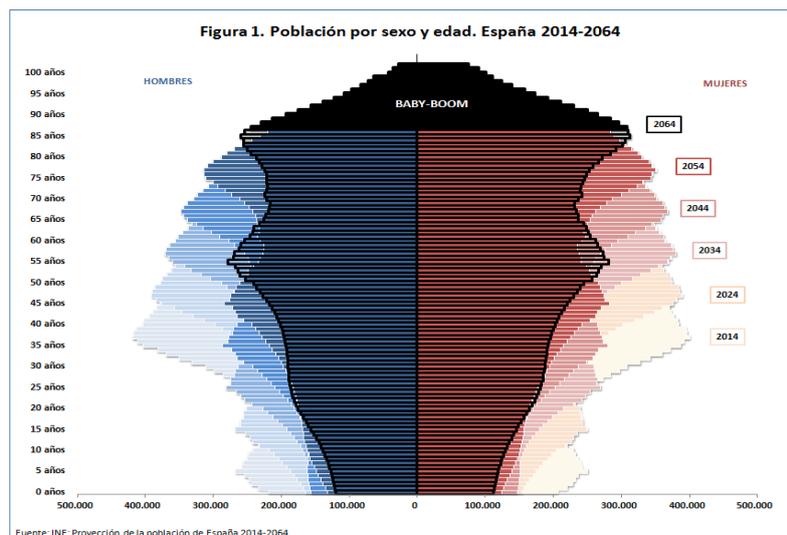


Figura 2. Pirámide de población española por sexo y edad 2014-2064.

Fuente: Abellán et al. (2014).

Uno de los indicadores estadísticos básicos que frecuentemente es utilizado para analizar el envejecimiento demográfico de la población es la longevidad y el estado de salud. La esperanza de vida de la población española tanto al nacer como a los 65 años se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea incrementándose de forma espectacular durante todo el siglo XX, como ya se ha comentado. La clave del aumento de la esperanza de vida ha sido el descenso de la mortalidad, en especial la infantil, reflejo del progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas y mejora de los estilos de vida. Así, en el año 2016, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85.7 años, y los hombres de 80.4 años. Y La tendencia general indica un crecimiento continuado (Abellán et al., 2019). La mujer está llamada a ser protagonista en los próximos años, liderando un mundo de cambios frenéticos y de gente mayor que hará todo lo posible por vivir muchos años con la mayor calidad de vida física y mental posible. Las mujeres serán mayoría. Todos estos cambios se pueden experimentar con temor por parte de la sociedad, pero la nueva pirámide poblacional, afectará sobre todo a las formas de convivencia y a las estructuras del hogar, la atención sanitaria y la prestación de cuidados.

Por otra parte, el indicador de los años de esperanza de vida en buena salud, proporciona información sobre la calidad de vida en términos de salud. Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad. Las enfermedades crónicas, los problemas mentales y la discapacidad física aumentan su prevalencia con la edad y reducen la calidad de vida de las personas que sufren estas condiciones de salud. Podemos definir la esperanza de vida en buena salud, como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad (INE, 2017). La esperanza de vida saludable pretende añadir una nueva dimensión de calidad a la cantidad de vida; está basada en dos dimensiones, morbilidad crónica y salud autopercibida. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres de 23.6 sobre 19.4 años, según el *Informe Health Expectancy in Spain* (European Health Expectancy Monitoring Unit -EHEMU-, 2008), pero su esperanza de vida saludable es menor (9.0 y 9.7 años respectivamente), por un aumento de la morbilidad y una mayor supervivencia. A los 65 años, el 53.7% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 44 % en el caso de las mujeres (Abellán et al., 2019, 2018; Abellán, Ayala, et al., 2017b).

Según Eurostat: Healthy life years (Eurostat, 2019), en el año 2016, la brecha de género fue considerablemente menor en términos de años de vida saludable que en la esperanza de vida en general.

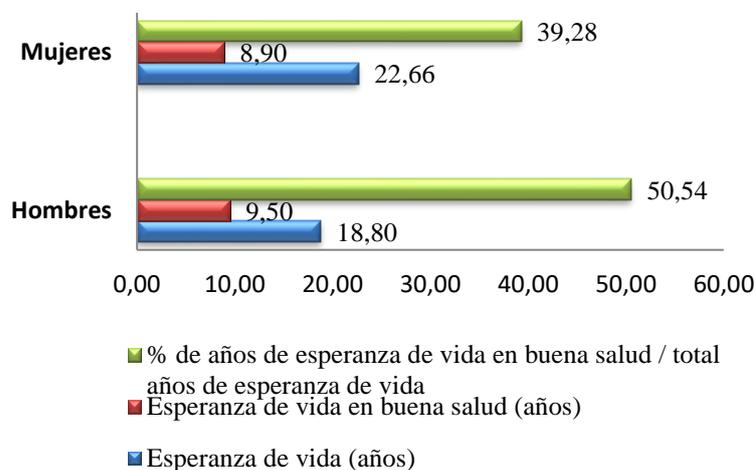


Figura 3. Años de vida en buena salud a los 65 años. Brecha de género. España 2015. Fuente: INE (2017).

En el caso de España, el descenso de la mortalidad se inició con algo de retraso con respecto a los países de su entorno. A principios del siglo XX, la esperanza de vida era inferior a la de la mayoría de los países europeos; únicamente Rusia y Portugal tenían una esperanza de vida más baja. Sin embargo, en la actualidad España presenta una de las esperanzas de vida más elevadas a nivel mundial: 83 años (80.4 años para los hombres y 85.7 años para las mujeres en 2019). Además, las mujeres ocupan el primer puesto respecto a la Unión Europea; detrás, con una diferencia mínima, se sitúa Francia (85.5 años), seguida de Suiza (85.1 años) e Italia (84.9 años), que son los que presentan la esperanza de vida más elevada de Europa. En el conjunto de la Unión Europea, la brecha de género en el año 2015 a favor de la mujer en la esperanza de vida al nacer era de 5.4 años, y de 5.7 años en España. El aspecto clave en la evolución de las últimas décadas ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada. La reducción sostenida de la tasa de mortalidad en estas edades ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población, siendo, todavía, bastante más alto el número de mujeres que alcanzan una edad elevada (IMSERSO, 2017; INE, 2018).

En cuanto al patrón de mortalidad, en general la tendencia es a un retraso de la mortalidad (se sigue ganando esperanza de vida, especialmente en edades avanzadas), al no aumentar el

límite de la vida, y morir cada vez más tarde, se empieza a producir cierta homogeneización del proceso de muerte. La principal causa de muerte entre las personas mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, cáncer y enfermedades respiratorias, en ese orden. En los últimos años destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas. Además, el patrón de mortalidad es disimétrico según sexo: los hombres empiezan a morir antes que las mujeres. En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad masculina superan a las femeninas. Hombres y mujeres tienen un patrón diferente. En los hombres se acentúa la causa de mortalidad externa en las edades jóvenes, y los tumores la sustituyen en la madurez y vejez. En las mujeres, las causas externas son menos importantes y predominan los tumores, salvo en la vejez en la que las enfermedades del sistema circulatorio tienen más relevancia (Abellán et al., 2019; Abellán, Ayala, et al., 2017b). Respecto al estado de salud subjetivo, el 45.4% de los mayores (65 y más años) percibe su salud como buena o muy buena aunque las percepciones negativas aumentan con la edad. El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva; el 52.3% de los hombres mayores autovaloran bien o muy bien su estado de salud, mientras que sólo el 40% de las mujeres de esta edad considera su salud como buena o muy buena (Abellán et al., 2019).

Todas estas circunstancias hacen que España sea un país con una cifra de años esperados de jubilación en 2016, para los hombres, bastante alta (21.5 años), por encima de buena parte de la Unión Europea. Si bien es cierto que la posición económica de los mayores ha mejorado relativamente muy poco en los últimos años, pues su tasa de riesgo de pobreza se sitúa en el año 2017 en el 14.8% y están muy próximos al umbral de pobreza.

Por otro lado, a medida que cumplimos años aumenta la posibilidad de vivir en soledad. Se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales en personas mayores de 65 años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad supera a la de hombres (2017: 29.9% frente a 17.7%). La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola (sin hijos ni otros convivientes) (Abellán et al., 2019, 2018; Abellán, Ayala, et al., 2017b).

El estado civil, tiene algo ver en las situaciones de soledad antes descritas, pues los cambios en el estado conyugal tienen impacto en muchos aspectos de la vida de los y las mayores: tipo de hogar, salud, ingresos, etc. Actualmente y según los datos más recientes sobre el estado civil de las personas mayores en España, el 60.5% de las personas mayores

están casadas (77.9% de los hombres, 47.3% de las mujeres) y el 28.9% viudas (11.5% y 42.2% respectivamente). El porcentaje de hombres casados supera al de las mujeres casadas en todos los grupos de edad de 65 y más años, y supera también el resto de estados civiles de los hombres. En las mujeres predominan las viudas a partir de los 80 años sobre el resto de estados civiles de las mujeres. Con esta imagen del estado civil, es fácil comprender que la mayoría de hombres tienen mayor probabilidad de morir estando casados, y las mujeres mayores estando viudas (Abellán et al., 2019, 2018; Abellán, Ayala, et al., 2017b).

Otro indicador demográfico frecuentemente utilizado para describir la población es el nivel educativo. Sobre este aspecto hay que resaltar también que el nivel de instrucción es más bajo cuanto más alta es la edad. Muchos de los y las personas mayores aún son analfabetos o bien sin estudios, situaciones que en parte refleja las circunstancias vitales e históricas que han tenido que vivir esta generación de personas mayores (entre ellas el periodo de la Guerra Civil española y la Posguerra), con situaciones de escasez dotacional (escuelas, maestros) y unas condiciones de vida y desarrollo que no les permitieron entrar o seguir en el sistema educativo. En el futuro, las nuevas cohortes que alcancen la vejez serán más instruidas, y por lo tanto probablemente tendrán más recursos personales para afrontar posibles situaciones problemáticas. Y enlazando con esto, a partir de los 55 años se observa un notable descenso en los porcentajes de personas que utilizan Internet o las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Se percibe pues una brecha digital entre los mayores y el resto de la población. Entre las personas de 65-74 años, los hombres emplean el ordenador y acceden a Internet en mayor medida que las mujeres. En 2008, siete mayores de cada 100 utilizaban internet; en 2018, esta cifra alcanza los 47. Este aumento ha sido más considerable en las mujeres. (Abellán et al., 2019; Abellán, Ayala, et al., 2017b)

Otro registro a analizar es la frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia, pues es uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar. La cantidad de contactos que las personas mayores tienen con sus familiares, y en concreto con sus hijos, es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen. Es un indicador generalmente no utilizado en las comparaciones internacionales. Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello implica, y que es percibida por el resto de la familia como tal, sin que generalmente se haya producido un acuerdo explícito en la familia

para que sea esa persona quien asuma el papel de cuidador principal. Por lo general, las mujeres cuidan con mayor frecuencia que los hombres. La pirámide de cuidadores a personas de 65 y más años con dependencia ilustra gráficamente este patrón de cuidado (ver Figuras 4 y 5). Destaca sobre todo el papel de los hombres de edad como cuidadores, en general de su mujer. La persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores que necesitan ayuda es su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos (Abellán et al., 2019). La relación entre cuidados y género está clara.

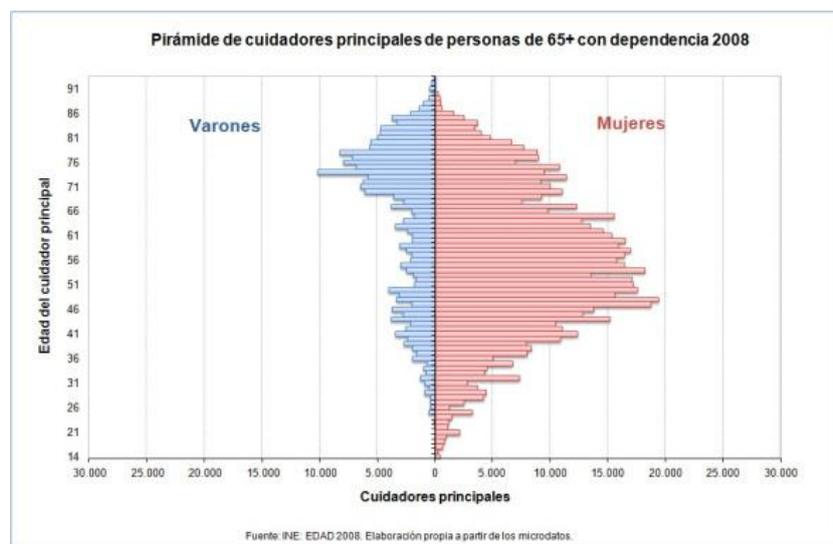
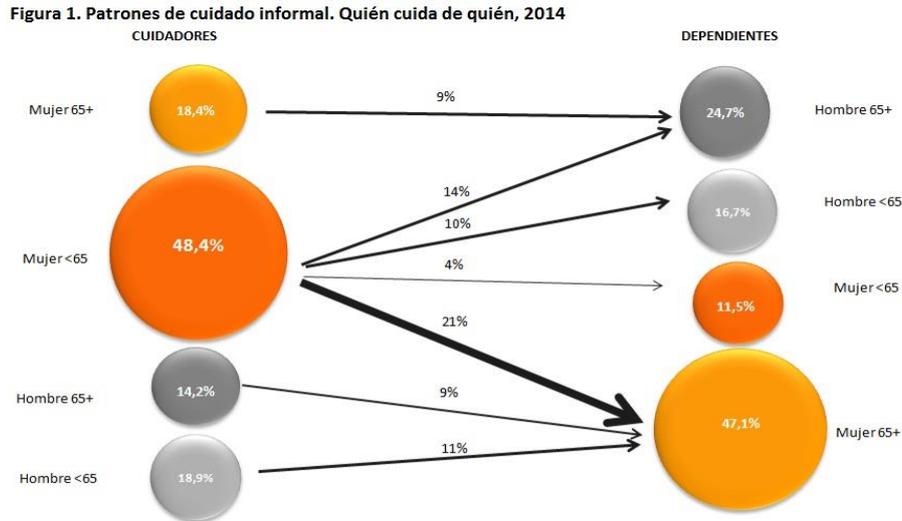


Figura 4. Pirámide de cuidadores principales de personas de más de 65 años, 2008. Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia, 2008: (Abellán, Ayala, et al., 2017b).



Fuente: CIS: Encuesta 3009 sobre cuidados, 2014. Elaboración propia a partir de microdatos.

**Figura 5. Patrones de cuidado informal. Quien cuida de quien.**  
Fuente: Encuesta 3009 sobre Cuidados (CIS, 2014).

Finalmente, un indicador relevante que caracteriza el perfil de las personas mayores en una sociedad, es el nivel o grado de felicidad que dicho grupo experimenta. La felicidad es uno de los componentes del bienestar subjetivo. Constituye uno de los principales componentes del envejecimiento activo y saludable o con éxito. La definición de felicidad es compleja pues es un fenómeno que cada persona interioriza de forma diferente. En la población general, hombres y mujeres presentan parecidos niveles de felicidad, aunque ellos superan ligeramente a las mujeres en algunos países, como España, Italia, o Países Bajos; en cambio, en los países del este, los hombres suelen tener medias ligeramente más bajas que las mujeres.

En concreto, las personas mayores reproducen el esquema general. En España, junto a los países de centro y norte de Europa, las personas mayores tienen puntuaciones altas (muy por encima de la media europea de 7.1), incluso ligeramente más altas que el resto de edades. Sin embargo, en los países con puntuaciones globales medias más bajas (entre 5-7 puntos), las diferencias entre grupos de edad se acentúan, y son los más jóvenes los que puntúan bastante más alto que las personas de edad. En general las personas mayores tienen niveles tan altos o más que los más jóvenes, excepto en los países del este de Europa. En resumen, donde las puntuaciones sobre felicidad son altas, todas las personas, incluidos los mayores, las comparten. Donde hay menos felicidad, aparecen diferencias por edad entre mayores, con

peores niveles, y el resto de la población; parece que los sentimientos negativos entre las personas mayores empujan hacia abajo la media global en esos países (Abellán & Pujol, 2016).

### 1.3. Los nuevos “viejos”

Tras este análisis, se ha constatado que el envejecimiento es una realidad global y objetiva, confirmada con datos biológicos, demográficos, económicos, sociales, políticos, etc., pero también individual y subjetiva. La importancia de la experiencia, de las opiniones, de las emociones de las personas mayores que construyen su propio envejecimiento, comienza a ganar posiciones en el interés de la investigación. No son posiciones excluyentes entre sí, sino más bien complementarias, y necesarias si se quiere contraponer lo que significa envejecer para los científicos (expertos) y la población que envejece (Rodríguez-Rodríguez, 2017). Dicho de otra forma, el envejecimiento de la población no debe ser considerado como un problema, centrándose únicamente en una visión negativa o meramente economicista (tal como el incremento de gasto y el aumento de la dependencia); sino como una oportunidad social, que es necesario aprovechar. En ese sentido, se han ido abandonando conceptos como *vejez* o *anciano*, por otros con connotaciones más positivas como *tercera edad* o *personas mayores*, adoptando esta última denominación en la mayoría de los estudios desde el año 1992 (Fabra, 2016). Además, el peso de las personas mayores en la sociedad europea aumentará y dado la mayor representación de las mujeres en este grupo de edad, con sus millones de decisiones individuales y colectivas, van a liderar esta revolución social para defender sus propios derechos e intereses.

Pero “*los viejos*” de hoy no son los mismos que sus antecesores del siglo pasado. Algo está pasando de manera lenta pero permanente. Quienes tienen 60 años o más buscan un redescubrir de nuevos significados a sus años, nuevas identidades, formas de organizarse, expresarse y estilos de vida. Estas son diferentes facetas de una población que envejece y que a la vez no se siente vieja. Hay una inmensa cantidad de adultos y adultas mayores activas, con proyectos educativos, deportivos, recreativos, sociales, etc. Los vemos en el trabajo, en los centros de actividades para personas mayores (que ya no se llaman Centros de Jubilados, Centros de la Tercera Edad u Hogares del Pensionista), las universidades, participando como voluntarios y en asociaciones. Imaginarse años atrás a las personas mayores disfrutando de la vida fuera de sus casas y sin la compañía de sus hijos seguramente era un asunto improbable.

Actualmente es algo común (Kléver, 2016). Hay un cambio de rol de las personas mayores y en la significación de las edades. Las personas mayores no están en una etapa de declive sino en una de transición donde se abandona la vida laboral pero no la trayectoria vital. El proceso madurativo no ha concluido. Es por ello, que son personas activas y con inquietudes por seguir formándose y divirtiéndose. Además, a partir de los 65 años, no se sienten viejas pero, ¿cómo lo van a hacer si a esta edad cada vez es más habitual tener a los hijos viviendo en su casa o estar cuidando a sus padres o nietos?.

Al mismo tiempo, el significado de la edad cronológica ha cambiado. En términos de salud y vitalidad, muchas personas “*viejas*” en la actualidad son funcionalmente similares a las personas más jóvenes que vivían hace algunas décadas. La redefinición del umbral de inicio de la vejez está adquiriendo protagonismo por sus implicaciones en el diseño de políticas públicas y en la propia percepción social de la vejez. Según, Abellán, Ayala y Pujol (2017a), mantener la edad fija de los 65 años (edad cronológica) como inicio de la vejez, tiene indudables ventajas pero también inconvenientes, sobre todo porque proporciona una imagen incompleta del envejecimiento. La edad cronológica no tiene en cuenta que se están produciendo progresos en las condiciones de vida, de salud, de habilidad funcional y de esperanza de vida de las personas. Como respuesta a estos inconvenientes, una línea de investigación propone el establecimiento de un umbral móvil como inicio de la vejez, situándolo en el momento en el que quedan quince años de vida. Tiene la ventaja de ir adaptándose a las ganancias de esperanza de vida, aunque presenta la dificultad de su cálculo.

Recientemente, la Sociedad Gerontológica y Geriátrica de Japón han decidido realizar otra propuesta para redefinir el umbral de la vejez (Ouchi et al., 2017). Sigue el argumento de que muchas personas mayores se encuentran ahora en mejor estado de salud y no es apropiado considerarlas “*viejas*” o “*mayores*” a los 65 años. Por esto y por otros estudios, un Comité propone una re-clasificación de la vejez en tres grupos: pre-vejez: de 65-74 años; vejez: 75 y más años; súper-viejas o súper-mayores, las personas por encima de 90 años (*super agers*). En otros términos: pre-ancianos, ancianos y súper-ancianos.

Por otro lado, según un estudio de la Fundación Pilares, tres de los indicadores que señalan tendencias de cambio claves en la caracterización futura de la población mayor son: un nivel más elevado de estudios, una utilización creciente de las TIC y el tener ingresos más elevados, con lo que las expectativas y exigencias de autonomía, calidad de vida y participación aumentan potencialmente. Otra nota diferenciadora de las personas que

conformarán la población mayor es la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral y un interés más alto por participar en actividades de participación social y voluntariado (Rodríguez, Rodríguez, Castejón, & Morán, 2013).

Además, en otro estudio de la citada Fundación Pilares (Prieto, Herranz, & Rodríguez-Rodríguez, 2015), plantean que las “personas mayores que vienen” no se identifican como “mayores”, mucho menos como “viejos”, y rechazan absolutamente los roles clásicos que se asignan al “colectivo” (reunirse en centros o residencias segregadas, viajar en grupos solo de mayores, etc.). Según estos autores, se ha producido una ruptura histórica del ciclo vital tradicional: formación, trabajo y jubilación, con la aparición de una nueva etapa, en donde la jubilación ya no genera “viejos”. La mayor esperanza de vida alarga la etapa de la madurez, no de la vejez. Afrontan la jubilación sin hoja de ruta, pero sienten que si han perdido identidad con la separación del trabajo, la mantienen en las ofertas del consumo. Son “hedonistas responsables”. Ya han cumplido sus deberes con la sociedad (desarrollo profesional, crianza y educación de los hijos) de forma que desean trazar proyectos para sí mismos que puedan disfrutar (hedonismo) y que reviertan en la sociedad partiendo de sus experiencias y capacidades (responsabilidad).

Del mismo modo, no hay que pensar que “todos los viejos son iguales” y no tener en cuenta la heterogeneidad de la vejez. Las diferencias de sexo y de género son importantes a lo largo de la vida pero todavía lo son más en la vejez. Por ejemplo, hay más esperanza de vida en las mujeres que en los hombres, pero hay más años de vida con discapacidad y situaciones de dependencia para ellas que conllevan a un aislamiento social. Igualmente hay más soledad en las mujeres pues se da la circunstancia de que hay más mujeres que viven solas y en situación de pobreza (las pensiones de viudedad son irrisorias, por ejemplo).

Las nuevas generaciones de jubilados cuentan con un caudal de capacidades y experiencia que están dispuestos a compartir y que la sociedad en ocasiones desaprovecha. El 63% de este grupo de población presta apoyos a sus familias, tanto en forma de ayudas económicas como cuidando nietos y a otras personas con dependencia (Prieto et al., 2015). Y es por ello que rechazan las políticas de envejecimiento que segregan a las personas por su edad y reclaman una ciudadanía activa intergeneracional.

El envejecimiento ya está aquí y no hemos conseguido aún verlo como una gran oportunidad y no como un problema. ¿Y ahora qué? Sin duda, las personas mayores aspiran a

disfrutar su jubilación con actividades de desarrollo personal libremente elegidas, pero también a que se les reconozca lo más valioso que tienen (su tiempo, su experiencia). En este sentido, buena parte de ellos les gustaría poder involucrarse en proyectos que se acomoden a sus gustos y habilidades y que pongan en valor esa experiencia para poder transferírsela a otros en contextos intergeneracionales, poder desarrollar su ser generativo.



## Capítulo 2

# ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO

*“Porque hay una historia que no está en la historia  
y que sólo se puede rescatar escuchando el susurro de las mujeres”*

Rosa Montero

Periodista y escritora española



## 2.1. Reflexiones teóricas sobre el envejecimiento y el género.

El marco teórico que constituye la base de este capítulo se deriva de la combinación de dos perspectivas teórico-conceptuales centrales: el análisis de género y el de la edad. En el caso que nos ocupa, las diferencias de sexo/género en el envejecimiento activo y saludable o con éxito, nos encontramos con dos fenómenos que se cruzan y se entrelazan condicionándose mutuamente: el envejecimiento y el género.

Por un lado, el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Es inherente a la vida humana. Se trata de un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, que se transforma en una experiencia única influenciada por el entorno y cultura del sujeto. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana y en este sentido, el envejecimiento es una construcción social (Alvarado & Salazar, 2014; Sarabia, 2009).

La OMS (1974), define el envejecimiento como:

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (OMS, p.12)

En definitiva, el envejecimiento puede entenderse como un proceso complejo, y como tal implica una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales en la persona que lo atraviesa. Cambios que están influidos por diferentes variables que se presentan de modo diferencial en cada ser humano, es decir, la propia biología, las características psicológicas así como las relaciones sociales que cada persona manifiesta, esto por no hablar de factores culturales, ambientales y económicos. Esta multiplicidad de factores conlleva que no se pueda hablar de envejecimiento como fenómeno único, sino de “envejecimientos”, o lo que es lo mismo, como proceso individual que en cada persona se manifiesta y es vivido de un modo distinto. Por esta razón se habla de la heterogeneidad del colectivo de personas mayores, dado que es la etapa de la vida en la que mayor diversidad se encuentra en las personas que la atraviesan. A fin de cuentas, la vejez no deja de ser una etapa más de la vida, con aspectos positivos y

aspectos a mejorar, como cualquier otra etapa del desarrollo humano, lo que implica oportunidades, beneficios y desafíos que se tienen que abordar. Se quiera reconocer o no, el envejecimiento es un proceso normal y el envejecimiento de las sociedades una realidad.

Según los datos demográficos expuestos en el capítulo anterior, la población mayor tienen cada vez más edad y hay una mayor presencia femenina en la vejez, aunque se prevé que en unas décadas esta diferencia deje de ser tan acentuada debido principalmente a la convergencia que se viene produciendo, en cuanto a hábitos sociales y a condiciones laborales de ambos sexos, que en parte, eliminarán las diferencias actuales en cuanto a las expectativas de vida. Además del contexto demográfico actual, hay que considerar también el contexto social que caracterizó la juventud y madurez de quienes actualmente superan los 65 años. Las personas mayores de hoy viven la vejez en base al momento histórico que les ha tocado vivir. En sus biografías predominan efectos sociales y culturales que fomentaban la desigualdad según género. En concreto, tal y como indica Hernández (2000), la generación actual de mujeres mayores ha desarrollado un curso vital muy marcado por la tradición, por el sometimiento al padre y al marido; en síntesis, por la ausencia de poder. La sociedad asignó unos roles muy diferentes según género. A ellas, el entorno doméstico (hogar, hijos, familia) y a ellos, la de ser el sustento económico (el trabajo en el exterior del hogar). Esta diferenciación de funciones desencadenó, a su vez, una serie de restricciones sociales a las mujeres, cuya peor consecuencia es la infravaloración social. Las mujeres mayores forman uno de los grupos sociales donde menos se han reducido las desigualdades respecto a los hombres, si bien se ha producido un progresivo acercamiento entre las posiciones de ambos sexos como lo es la incorporación de la mujer al trabajo, con los cambios asociados a este hecho: mayores ingresos, más relaciones sociales, mejora del nivel educativo, etc. Las consecuencias de los importantes cambios sociales acontecidos han provocado paradójicamente, que estas mujeres que han cuidado siempre a otras personas (padres, marido, hijos y nietos) ahora no tienen quién las atienda. Son la última “generación cuidadora” y, a su vez, la primera generación excluida del apoyo familiar directo (Hernández, 2000).

En general, las desigualdades de las mujeres respecto a los hombres persisten en la vejez por varios motivos: la tradición cultural, los intereses o condicionamientos sociales, los estilos de vida distintos y las diferencias biológicas, pues el envejecimiento fisiológico es diferente en las mujeres y en los hombres: las mujeres mayores están más expuestas a padecer enfermedades crónicas que limitan su movilidad y su capacidad para vivir de forma autónoma. Tampoco hay que olvidar la influencia que tienen las normas sociales adquiridas

sobre las actitudes y roles que deben ser adoptados durante el curso vital. Es por ello que actualmente una gran mayoría de mujeres mayores sufre importantes contradicciones entre las funciones que ha realizado (aunque socialmente estén caducas) y su realidad cotidiana.

Por todo ello, se pretende con este estudio, analizar las desigualdades o diferencias existentes en relación al sexo/género en el envejecimiento, con sus desafíos y retos, y que tanto hombres y mujeres tienen que resolver en esta etapa de la vida si quieren enfrentarse de un modo positivo, exitoso, óptimo y satisfactorio. Se pretende a su vez, que este conocimiento permita visibilizar y sea transformador de su propia realidad la cual viene condicionada por la forma en que las propias personas mayores ven el envejecimiento, es decir, cómo interpretan su propio envejecimiento y cómo la visión social que se tiene, en particular del envejecimiento femenino, les limita y condiciona o por el contrario les potencia o revaloriza.

En nuestra sociedad actual, tal y como afirma Freixas (2008), no es lo mismo envejecer siendo mujer que hacerlo siendo hombre, sobre todo si tenemos en cuenta los numerosos aspectos de tipo personal, social y profesional que a lo largo de la vida han hecho significativamente diferentes la vida de las mujeres y de los hombres, especialmente en lo que se refiere a las trayectorias personales, emocionales y profesionales, así como a la diferente implicación que hombres y mujeres mayores han tenido en las tareas de cuidado y sostenibilidad de la vida. A pesar de esta evidencia, todavía son escasos los trabajos de investigación relativos a la temática de envejecimiento y género que analizan la influencia de los estereotipos de género en las formas de madurar y envejecer, y que se detienen por tanto, a considerar el significado y las consecuencias que tales diferencias en la socialización y en las opciones profesionales y de vida tienen sobre la vejez de mujeres y hombres (Freixas, 2008).

Aunque el género ha jugado un papel marginal, ya no es tan inusual ver el género mencionado en la investigación y en la práctica geriátrica y gerontológica. Incluso cuando no se enfocan en él, la mayoría de los investigadores demuestran conciencia del impacto potencial del género y, por lo tanto, lo incluyen como una variable en sus análisis o al menos reflexionan fugazmente sobre las diferencias de sexo. Pero ir más allá de esto y teorizar sobre el género, nos puede ofrecer un marco conceptual dentro del cual podemos ubicar y comprender las diferencias de sexo y género, no sólo porque estas ocurren, sino también del por qué ocurren y cuál es su importancia. Este entendimiento es importante por el hecho de que facilita formular políticas o programas que sean efectivos, a la vez que también puede acercar la investigación y las intervenciones a planteamientos que sean más equitativos para

ambos sexos (Calasanti, 2010). En este sentido, destaca la importancia que supone la adopción de un enfoque de equidad de género tanto en la investigación como en la práctica, es decir, un enfoque que toma en cuenta tanto las diferencias y los puntos comunes entre las mujeres y los hombres y que considera sus diferentes circunstancias y sus problemas específicos. Así, autores como Perrig-Chiello y Hutchison (2010a), consideran que la transversalización o perspectiva de género implica, por un lado, justicia horizontal: que muestra igualdad de trato y beneficios para las mismas necesidades de hombres y mujeres, y, por otro lado, justicia vertical: que indica un tratamiento diferencial y beneficios para las necesidades diferenciales de ambos sexos (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a).

En relación con lo anterior, para la OMS (2011), la “Igualdad de género” se refiere:

“... a la igualdad de oportunidades para que grupos de mujeres y hombres accedan y controlen los recursos sociales, económicos y políticos, incluida la protección de la ley (como los servicios de salud, educación y derechos de voto). También se conoce como igualdad de oportunidades o igualdad formal. La igualdad de género a menudo se utiliza indistintamente con la equidad de género, pero los dos se refieren a estrategias diferentes y complementarias que se necesitan para reducir las inequidades de salud basadas en el género”. (WHO, 2011)

Por otra parte, define la “Equidad de género” como:

“Más que la igualdad formal de oportunidades, la equidad de género se refiere a las diferentes necesidades, preferencias e intereses de mujeres y hombres. Esto puede significar que se necesita un tratamiento diferente para garantizar la igualdad de oportunidades. Esto a menudo se denomina igualdad sustantiva (o igualdad de resultados) y requiere considerar las realidades de la vida de mujeres y hombres”. (WHO, 2011)

En concreto, se refiere al proceso de ser justos con las mujeres y los hombres con el fin de reducir la desigualdad evitable en su proceso de envejecimiento y en particular en el estado de salud, así como también en el control y el uso de los bienes y servicios. Esto supone abolir cualquier tipo de discriminación entre ambos sexos y que no se privilegie al hombre y a la mujer en ningún aspecto de la vida social. A su vez, esta situación de equidad debe alcanzarse sin descuidar las características de género. El objetivo es ofrecer a todas las personas, independientemente de su género, las mismas condiciones, oportunidades y tratamiento, pero teniendo en cuenta las características particulares de cada uno para garantizar el acceso de las

personas a sus derechos. No se trata, por lo tanto, de eliminar las diferencias, sino de valorarlas y darles un trato equivalente para superar las condiciones que mantienen las desigualdades sociales.

## **2.2. Algunas delimitaciones conceptuales sobre Sexo y Género: ¿de qué hablamos cuando hablamos de género?**

Los movimientos sociales de las mujeres surgidos en los años sesenta, han desplegado una prolífera producción intelectual multidisciplinaria que rápidamente comenzó a configurar la denominada *Teoría Feminista* (Martínez, 2011). Estos movimientos se inspiraron en el libro *El segundo sexo (Le Deuxième Sexe)* escrito por Simone de Beauvoir en 1949. Fue un rotundo éxito de ventas en su día y marcó un hito en la historia de la teoría feminista. Su autora comenzó a escribirlo cuando reflexionó sobre lo que había significado para ella el ser mujer. Comenzó a investigar acerca de la situación de las mujeres a lo largo de la historia y abordó cómo se ha concebido a la mujer, qué situaciones viven las mujeres y cómo se puede intentar que mejoren sus vidas y se amplíen sus libertades. A partir de este momento, empezaron los intentos de visibilizar a las mujeres en la esfera de lo social, explicar su opresión y alcanzar el logro de relaciones más igualitarias entre varones y mujeres en todos los ámbitos. Aunque las formas de explicar la subordinación fueron diversas, todas tomaban como referencia la categoría mujer (Martínez, 2011).

Fue a partir de mediados de los setenta, cuando la antropóloga Gayle Rubin (1973) establece, la distinción entre sexo (hombres y mujeres) y género (representación polarizada de hombres y mujeres), pero aclara la necesaria vinculación entre ambos acuñando la expresión *sistema sexo/género* que tan bien refleja la idea de que siendo conceptos con entidad propia resultan, sin embargo, inseparables (Barberá, & Cala, 2008). Tal y como explican Barberá y Cala (2008), el sexo se define empíricamente como una variable dicotómica y excluyente, mientras que el género, por el contrario, se considera un factor continuo que admite gradación y mayor variabilidad. A pesar de esta clara delimitación se trata de conceptos indisolublemente unidos, ya que las características de género siempre remiten a un determinado grupo sexual y a unas relaciones asimétricas en las que la jerarquía de poder generalmente coloca a los hombres en posición de dominio y a las mujeres en posición de sumisión. En este sentido, incorporar la dimensión género significa tomar en consideración

una nueva categoría de análisis que afecta a la construcción psicosocial de la feminidad y la masculinidad, y a las desigualdades asignadas a las personas en función de su sexo biológico.

Por otra parte, frecuentemente se confunde sexo y género cuando si bien el sexo determina el género, ambos conceptos tienen significados bien distintos. Por un lado, el *sexo* es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables. Es decir, hace referencias a las características biológicamente determinadas ya sean anatómicas como fisiológicas que establecen las diferencias de las especies sexuadas, hembra y macho (Castañeda, 2007). En cambio, el *género* se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres (Castañeda, 2007). En otras palabras, el género es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas en función de su sexo. Estas características son históricas, se van transformando con y en el tiempo y, por tanto, son modificables.

Según lo define la OMS:

“El género se refiere a las características socialmente construidas de las mujeres y los hombres, como las normas, roles y relaciones de y entre grupos de mujeres y hombres. Varía de una sociedad a otra y puede cambiarse. Si bien la mayoría de las personas nacen ya sea de sexo masculino o femenino, se les enseñan normas y comportamientos apropiados, que incluyen cómo deben interactuar con otras personas del mismo sexo u opuesto dentro de los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo. Cuando los individuos o grupos no “se ajustan” a las normas de género establecidas, a menudo se enfrentan al estigma, las prácticas discriminatorias o la exclusión social, todo lo cual afecta negativamente la salud. Es importante ser sensible a las diferentes identidades que no necesariamente encajan en las categorías binarias de sexo masculino o femenino”.(WHO, 2011)

Por consiguiente, el género es un elemento constitutivo y a su vez, una construcción social de las relaciones sociales, que supone un conjunto de acuerdos tácitos o explícitos elaborados por una comunidad determinada en un momento histórico determinado y que se

aprende. Constituye una variable de base sobre la que actúan las otras dimensiones generadoras de diferencias o desigualdades influyéndose mutuamente, como la etnia, edad, nivel educativo, clase social, ingresos, condición rural o urbana, etc.

En este sentido, según Calasanti (2010) la gran mayoría de los investigadores sobre el elemento género, enfatizan que el género es *relacional* y dinámico, es decir, los hombres y las mujeres adquieren identidad y poder en relación unos con otros. De forma que *las relaciones de género* son *relaciones de poder* construidas dinámicamente e integradas en procesos sociales, mediante los cuales las personas orientan sus comportamientos hacia ideales de masculinidad y feminidad que involucran importantes consecuencias en las oportunidades de la vida. Las sociedades se organizan sobre la base del género de tal modo que los ideales populares de masculinidad y de feminidad implican y afirman las divisiones de género en cuanto al trabajo, la autoridad y el estatus. Podemos entender, por tanto, que las identidades de género son ideales interiorizados de comportamientos naturalizados, formados y reconfigurados en interacción con otros, de forma que las relaciones de género a menudo crean jerarquías entre los grupos de mujeres y hombres que pueden conducir a relaciones de poder desiguales, perjudicando a un grupo sobre otro (WHO, 2011).

Siguiendo con este razonamiento, el *rol de género* es el papel que deben asumir hombres y mujeres de acuerdo a los mandatos sociales. En otras palabras, alude a las conductas que se consideran adecuadas para hombres y mujeres en el seno de una sociedad. Estos comportamientos dependen de la idea que la comunidad tiene acerca de la masculinidad y de la femineidad. Los expertos afirman que la sensación personal del rol de género es aquello que se conoce como *identidad de género*, es decir, la percepción que tiene una persona acerca de sí misma respecto a sentirse mujer u hombre, en cambio el rol de género es la manifestación pública de dicha percepción.

Para Barberá y Martínez-Benlloch (2004), los roles o papeles de género son comportamientos aprendidos en una sociedad, comunidad o grupo social determinado, que hacen que sus miembros perciban como masculinas o femeninas ciertas actividades, tareas y responsabilidades y las jerarquicen y valoricen de manera diferenciada. Además, la constante asignación social de funciones y actividades a las mujeres y a los hombres naturaliza sus roles. Esta naturalización de los atributos de género es lo que lleva a sostener que existe una relación determinante entre el sexo de una persona y su capacidad para realizar una tarea. Es decir, considerar como “naturales” los roles y las capacidades es creer que son inmutables.

Reconocer y descubrir que estas características, supuestamente fijas e inamovibles, son asignaciones culturales, es lo que permite transformarlas. Es decir, alterar la percepción que se tiene del ser hombre o mujer y reconocer que sus roles y capacidades han sido socialmente transmitidos permite pensar de otro modo los lugares que ambos pueden ocupar en la sociedad.

De acuerdo con esta perspectiva, hombres y mujeres fueron definidos en términos el uno del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados. Como categoría de análisis, el género explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad al examinar cómo los factores biológicos y socioculturales interactúan entre sí, para influir en el comportamiento revelando de esta forma cómo la desigualdad de género afecta la salud y el bienestar en general (WHO, 2011).

El género ofrece herramientas útiles para la comprensión del carácter relacional y del largo proceso histórico de construcción social que sostiene la diferencia entre varones y mujeres, al mismo tiempo, permite denunciar la lógica binaria y excluyente que ordena la distribución del poder entre hombres y mujeres de forma no equitativa (Martínez, 2011). De este modo, el conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionados con la salud, y en el caso concreto de esta tesis, con el envejecimiento activo y saludable o con éxito, permite la realización de acciones tendentes a su eliminación o disminución (Castañeda, 2007; Östlin, Sen, & Gita, 2002).

Además, cuando hablamos de estereotipos nos referimos a aquellas características, actitudes y roles generalizados sobre alguna persona o personas que forman parte de algún grupo específico sin considerar sus necesidades, habilidades y circunstancias individuales, y concretamente, *los estereotipos de género* hacen referencia a aquellas creencias arraigadas fuertemente en la sociedad acerca de cómo son, o como deben ser, las mujeres y los hombres. Son creencias que dictan los roles que los hombres y mujeres han de desempeñar en la sociedad a la que pertenecen. Pero, según Ramírez (2017), no todos los estereotipos tienen un efecto negativo en las personas (por ejemplo, los estereotipos estadísticos, respecto a que las mujeres viven más tiempo que los hombres), porque responden a varias razones como la necesidad de comprender la diversidad, asignar diferencias o crear nuevas categorías. El problema con los estereotipos comienza cuando esas características, actitudes y roles

preconcebidos generan discriminación, exclusión y marginación entre mujeres y hombres en sus diversos ámbitos familiar, laboral, social, político, económico, jurídico, escolar y otros. Se ignoran las características, habilidades, necesidades, deseos y circunstancias individuales, de tal forma que se crean relaciones desiguales y jerárquicas entre sexos.

Por lo que se refiere a la *transversalidad de género* o incorporación de *la perspectiva de género*, también conocida por la denominación en inglés *Gender mainstreaming*, aparece por primera vez en textos internacionales en 1995 en el marco de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Naciones Unidas en Beijing (ONU, 1996). Suele ser entendido en variados sentidos: o bien como una estrategia que involucra a todos los actores sociales en la búsqueda de la igualdad de género, o bien para denominar determinadas herramientas para el análisis de género. Es decir, tiene el objetivo de introducir las preocupaciones, particularidades y necesidades de hombres y mujeres, estas últimas invisibilizadas por largo tiempo, en las fases estandarizadas del diseño, la planificación y la evaluación de las políticas públicas (Instituto de la Mujer, 2007). En realidad, se trata de un enfoque transformador con cuerpo teórico propio, que apunta a analizar los diferentes impactos del sistema de género en hombres y mujeres y a tener en cuenta las especificidades de las personas como seres integrales, al mismo tiempo que a implementar medidas para corregir las desigualdades (Rigat-Pflaum, 2008). El reconocimiento internacional de la importancia de incorporar una perspectiva de género en la generación de datos estadísticos se plasmó, como ya se ha comentado anteriormente, como parte de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing de 1995 (ONU, 1996), donde se resolvió que el género es parte sustancial en la elaboración de datos estadísticos a nivel nacional, regional e internacional. Se reclamó a los gobiernos que deben utilizar en la formulación de políticas y ejecución de programas y proyectos, datos que reflejen mejor las cuestiones de género. Además se acordó contar con estadísticas por sexo y edad que reflejen los problemas y cuestiones relativos a mujeres y hombres; la elaboración de indicadores y métodos de investigación para la obtención de datos por género; el perfeccionamiento de conceptos y datos sobre pobreza, violencia contra la mujer, discapacidad, indicadores socioeconómicos y uso del tiempo libre; contar con personal capacitado en género; incorporar el análisis de género en publicaciones e investigaciones y la participación de organizaciones y centros de estudio de investigación (Ramírez, 2017). Pero a su vez, desde una perspectiva de género existen datos estadísticos que pueden crear estereotipos descriptivos de los roles o características recurrentes que se observan entre mujeres y hombres. Si bien es cierto que en algunos casos la interpretación que se dé a un

dato estadístico puede tener un efecto de reafirmación y generalización de estereotipos de género con severas repercusiones en el acceso a los derechos humanos, también estos datos pueden ser utilizados como una herramienta de análisis que nos ayuden a hacer visible la desigualdad de género que existe entre ambos grupos, es decir, entre mujeres y hombres (Ramírez, 2017).

Adicionalmente, se están llevando a cabo otros esfuerzos internacionales que siguen impulsando la generación de estadísticas de género, como son las actividades de la Comisión de Estadísticas de Naciones Unidas quien recomendó y adoptó en 2013 los Indicadores Mínimos de Género, divididos en 52 indicadores cuantitativos y 11 cualitativos (United Nations, 2017a).

Ciertos investigadores como por ejemplo Calasanti (2010), sugieren que los investigadores pueden diseñar estudios con un marco de relaciones de género de muchas maneras. Lo que está en juego no son los datos recopilados ni el modo de análisis, sino la teoría que impulsa tanto las preguntas formuladas como las interpretaciones. Si bien es cierto que controlar el género en el análisis cuantitativo, simplemente para revelar una variación estadísticamente significativa, no explora cómo influye el género. Permite visibilizar la diferencia e identificar necesidades específicas de hombres y mujeres aunque no se trate de desigualdades injustas y/o evitables. Para ello, los investigadores pueden contribuir a la comprensión más compleja mediante el uso de registros organizacionales, autoinformes, observaciones directas o cualquier otro dato, ya que rastrean una amplia gama de variables mediante análisis cualitativos y subjetivos respecto al proceso de envejecimiento. De todas formas, ya sea recolectado en masa y analizado en forma cuantitativa o en pequeños grupos de manera cualitativa, los análisis de dichos datos nos permiten ver cómo las desigualdades configuran los problemas de la vejez. El objetivo de tomar en consideración el género no es restringir los métodos de las ciencias sociales o prescribir variables que se recopilarán en todos los estudios, sino dirigir la atención teórica a las proposiciones sobre el papel de los ideales naturalizados de género en la clasificación de las personas en grupos estratificados.

Lo que no cabe duda es que las estadísticas de género se han convertido en una herramienta imprescindible para las políticas públicas. Por una parte, porque logran hacer visibles las desigualdades provocadas por los estereotipos de género. Y por otra, porque como fuente de información, logran evidenciar las necesidades y circunstancias particulares de las

mujeres y los hombres como puntos de referencia en la creación de leyes, en la planeación y elaboración de políticas públicas, programas, proyectos y estrategias (Ramírez, 2017).

Ahora bien, en nuestro contexto sociocultural, donde aún se observa un comportamiento diferencial en función del género muy acusado en la actual generación de personas mayores, lo cierto es que la distribución de los roles favorece que las mujeres se encuentren en posiciones más bajas y con menor poder social o que continúen siendo amas de casa. Así pues, todavía se espera que las mujeres mayores, que han recibido esos valores a lo largo de su educación se ocupen del cuidado y educación de los hijos, la organización doméstica, el cuidado de enfermos, abuelos y nietos, ayuda a los hijos como abuelas, es decir, todas ellas tareas con una reducida proyección social y personal. Un estilo de vida bastante limitado, que unido al cambio de valores actual ha permitido pensar que bastantes mujeres de esta generación padecen el “síndrome de la generación atrapada”. Síndrome que se manifiesta en un doble sentido, por un lado desde los roles de género, las mujeres de esta generación, por lo general, son amas de casa, sin haber tenido opción profesional, y por otro, se sienten comprometidas, en el cuidado de sus padres por una parte y el de sus hijos y marido por otra (Castaño & Martínez-Benlloch, 1990).

Actualmente, también es denominada “*generación sandwich*” y hace referencia a aquellas personas que balancean las responsabilidades exigentes y delicadas de cuidar sus hijos (o nietos) y sus padres a la misma vez. Y muchas veces, además si están incorporadas en el mercado laboral, tienen la necesidad de compatibilizar las tareas de atención y cuidado con los compromisos laborales, lo cual les provoca que sientan más estrés que cualquier otro grupo de mujeres. Este término fue acuñado por primera vez por la trabajadora social Dorothy Miller en un artículo publicado en 1981. Cuando Miller habló por primera vez de la generación sandwich (hace ya casi 40 años), lo hizo para describir a las mujeres de entre 30 y 40 años que se encontraban *atrapadas* (como lo pueden estar las lonchas de jamón y queso entre dos rebanadas de pan) entre la atención de sus hijos y sus padres mayores. Pero la progresiva (y celebrada), incursión de la mujer en el mercado de trabajo, entre otros aspectos, ha hecho que hoy en día la figura femenina no sea la única que quede circunscrita en el concepto de generación sandwich, sino que ahora afecte a ambos sexos, quedando la carga algo más repartida. Pero en la actualidad, el rango de edad que comprende esta generación se ha ampliado, dado que la esperanza de vida ha ido en aumento, con lo cual es muy posible que muchas personas mayores hayan tenido los hijos más tarde, y que por este hecho puedan encontrarse ahora con la situación de tener que estar pendientes de sus mayores y, a la vez, de

sus vástagos. Con lo cual, el grupo de personas que se encuentran entre los 45 y los 65 años son llamadas “generación sandwich”, ya que tienen que criar hijos o nietos pequeños o brindar apoyo y orientación a hijos adolescentes y jóvenes, al mismo tiempo que tienen que acompañar, y en ocasiones cuidar, a padres mayores, incluso compartiendo un mismo techo. Estos factores, además de otros propios de la mediana edad tales como el climaterio, la jubilación, el síndrome del nido vacío y la consecuente revisión de los vínculos matrimoniales y la abuelidad, generan en esta población un fuerte estado de tensión, angustia y, en algunos casos, desesperación, siendo el cuidado y atención de los padres mayores el problema que más desgaste emocional acarrea. Para algunos autores como Córca (2014): “La generación sandwich creció y se educó en un sistema rígido y tradicional, en oposición a la velocidad de cambio del mundo” (p.10). Según la descripción de este autor, creció con un sistema educativo rígido, tradicional, el mismo sistema educativo que tuvieron sus padres, con valores socialmente arraigados que se grabaron en su inconsciente durante la infancia y adolescencia.

Así pues, el análisis de esta cohorte de personas mayores resulta clave en la comprensión de los actuales y futuros procesos de envejecimiento, y en particular a las posibles diferencias entre hombres y mujeres en relación a esta situación en la que muchos se ven inmersos, por la incidencia de un contexto socio-histórico determinado en el cual les ha tocado vivir. Ya que los miembros de estas cohortes de nacimiento comparten una historia social y cultural, cuyas características, experiencias y eventos afectarán distintivamente sus actitudes durante el ciclo vital y en cómo afrontan exitosamente su envejecimiento. Además, para esta generación de personas mayores en particular, el desarrollo del sí mismo y la autodeterminación adquieren un papel muy relevante en los procesos de envejecimiento (Majón-Valpueda, Ramos, & Pérez-Salanova, 2016).

En definitiva, tal y como sostiene Freixas (2008), envejecer es un logro, un triunfo, no un cataclismo. La antigua visión de la vejez como un proceso inevitable de pérdida, enfermedad y decrepitud no se sostiene actualmente cuando una proporción importante de mujeres y hombres son todavía integrantes activos de la sociedad y viven con autonomía y satisfacción hasta edades muy avanzadas. Y en concreto, desde la perspectiva de las mujeres, el envejecimiento puede ser un reto de gran alcance, en la medida en que deben encarar su coyuntura personal y vital, que en muchos casos las ha situado en situaciones de vulnerabilidad, de dependencia económica y pobreza. Además, han de desenmascarar algunos de los más enraizados mandatos socioculturales que las han anclado en modelos

profundamente limitadores, vinculados a un concepto de belleza y juventud que no respeta el proceso natural de desarrollo humano (Barberá & Martínez-Benlloch, 2004).

### **2.3. La feminización de la vejez**

Los cambios demográficos y sociales acaecidos de las últimas décadas, como la longevidad y las mejoras en la salud pública, han creado realidades nuevas y a menudo muy distintas para hombres y mujeres. Sin embargo, estas diversidades han resultado ser una cuestión marginal y fragmentaria en los temas de investigación. Existe una creciente conciencia del fenómeno social de “feminización de la vejez”, sin embargo, el tema y sus consecuencias psicosociales y relacionadas con la salud y el envejecimiento no han atraído el interés científico que merecen. A pesar de que en los últimos años los estudios realizados sobre envejecimiento comenzaron a centrarse cada vez más en las diferencias entre mujeres y hombres, en especial en lo que se refiere al sexo biológico de una persona en lugar del género (entendido éste como el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas). Este hecho lo que ha favorecido es la acumulación de resultados contradictorios. Debido a estas negligencias y limitaciones científicas, la investigación de vanguardia en el campo del género, la salud y el envejecimiento sigue siendo incompleta y, a menudo, contradictoria (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a).

Como se ha comentado en el capítulo anterior, una de las características del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. El mayor número de mujeres que de hombres en las edades avanzadas de la vida es una tendencia a nivel mundial. En concreto, en España, el mayor porcentaje de la población femenina se debe a que, durante las primeras décadas del siglo XX, las mujeres tenían ya una esperanza de vida más alta que los varones. Según datos del IMSERSO (2017), en España, en el año 1900 la esperanza de vida al nacer era de 33.9 años para los varones y 35.7 años para las mujeres. Más recientemente, en el año 2017, la esperanza de vida al nacer de los hombres se situaba en torno a los 80.4 años, y la de las mujeres en los 85.7 años (Abellán et al., 2019). Esta mayor supervivencia de las mujeres se debe, principalmente, a las diferencias por género en la mortalidad de adultos y personas mayores. Otro de los desequilibrios más significativos es el derivado de las pérdidas ocasionadas durante la Guerra Civil, provocando diferencias en las generaciones nacidas a principios de siglo XX. Fue una contienda bélica que redujo sustancialmente los efectivos de hombres que combatieron en los diferentes frentes. Sin embargo, se prevé que estas

desigualdades se irán suavizando en los años sucesivos, a medida que las generaciones que participaron en la guerra vayan desapareciendo (IMSERSO, 2017).

En un futuro próximo, por tanto, se prevé que estas disparidades entre hombres y mujeres se vayan reduciendo. La difusión de hábitos de vida nocivos entre las mujeres, como el estrés y el consumo de tabaco y alcohol, junto con las características propias del proceso de envejecimiento, discapacidad y enfermedades degenerativas, harán, previsiblemente, que las diferencias en la mortalidad de varones y mujeres disminuyan en los grupos de edad superiores (IMSERSO, 2017). Es decir, se espera una reducción de estas discrepancias entre hombres y mujeres en relación a la esperanza de vida, disminuyendo así las diferencias entre sexos, en parte porque se modificará el comportamiento de la mortalidad, se incrementará el número de defunciones en mujeres mayores y bajarán las de los hombres.

Las razones de la mayor esperanza de vida de las mujeres aún no están claras, ni tampoco las razones de su mayor tasa de morbilidad y problemas de salud. Mucho se ha especulado en que los factores sociales y de estilo de vida tienen un supuesto efecto, pero parece que hay algo más profundo insertado en nuestra biología. Aunque no hay, hasta el momento, ninguna explicación concluyente para esta diferencia, uno puede suponer que es un fenómeno multicausal. La revisión de la literatura de hecho muestra que el perfil de mortalidad favorecida de las mujeres se puede explicar por factores biológicos, sociales, estructurales y conductuales (Gorman & Read, 2007; Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a).

Según un estudio realizado por Cullen, Baiocchi, Eggleston, Loftus y Fuchs (2016), las diferencias de sexo en la mortalidad varían con el tiempo y el lugar en función de las circunstancias sociales, de salud y médicas del contexto. La magnitud de estas variaciones, y su respuesta a los grandes cambios socioeconómicos sugieren que las diferencias biológicas no pueden explicar por completo las diferencias de sexo en la supervivencia. Encontraron que las mujeres presentan una mayor capacidad de supervivencia ante las condiciones socioeconómicas adversas, es decir, las mayores diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres ocurren en condiciones de adversidad socioeconómica.

### **2.3.1. La feminización de los hombres maduros: cambiando roles y relaciones**

Los primeros trabajos sobre el género y el envejecimiento estuvieron dominados por un enfoque exclusivamente centrado en las mujeres mayores. Pero dentro del campo de investigación sobre el género y el envejecimiento se está empezando a abordar nuevas áreas

emergentes que rompen con esta tradición centrada sólo en las mujeres, al enfatizar los cambios en los roles y las relaciones de género, la identidad de género y un examen de las masculinidades en la mediana edad y en la vejez (Arber, Davidson, & Ginn, 2003).

Conocemos que las diferencias que existen entre mujeres y hombres se deben tanto a factores biológicos e innatos como a factores externos que son culturales. Más allá de la diferencia cromosómica y biológica, está aceptado que la sociedad asigna a los hombres y las mujeres una serie de rasgos, creencias y expectativas acerca de lo que significa ser hombre o ser mujer. A su vez, la representación social de la vejez tiene mucho que ver con el sistema de creencias y valores de cada cultura y varía a lo largo de la historia. Por tanto, desde un punto de vista biológico se nace mujer o se nace hombre, y desde un punto de vista cultural, se aprende a serlo, se aprende la femineidad y se aprende la masculinidad. La adquisición de la identidad de género en los hombres supone el despliegue de unas conductas que se consideran socialmente aceptadas como propias de los hombres. A los distintos modelos o formas de ser hombre se las denomina *masculinidades* y a las distintas formas de ser mujer *femineidades* (Cebrián & Quero, 2012).

La continua evolución de nociones culturales y el surgimiento de identidades de género completamente nuevas están, gradualmente, difuminando los límites percibidos entre “femineidad” y “masculinidad”. De todas formas, existen aún discrepancias significativas entre las mujeres y los hombres en áreas como la expectativa de vida, el estado de salud, la seguridad económica y personal, la participación social y laboral, o el compartir cargas. Los adultos mayores están formados en una vida que adscribió a supuestos de género que influenciaron en decisiones claves sobre educación, carreras profesionales y laborales, redes sociales, familia y el brindar cuidados. La acumulación de estas elecciones impactó poderosamente en la salud y bienestar de diversas formas (Cebrián & Quero, 2012).

Si el cambio es lo que caracteriza el desarrollo de los seres humanos a lo largo de su trayectoria vital, es de suponer que en la vejez se produzcan una serie de transformaciones en los roles sociales y en las relaciones de género, rompiendo, por una parte, con la imagen de conservadurismo e intransigencia que muchas veces se tiene de las personas mayores y, por otra parte, facilitando la adaptación a las nuevas posiciones personales y sociales de las personas que envejecen (Colom, 1999).

En relación a lo anterior, algunos sociólogos reflexionan sobre cómo y por qué en el envejecimiento, se observa frecuentemente que en las personas mayores las identidades de género se alteran de maneras que disminuyen las diferencias de género y las representaciones de género son menos claras (Silver, 2003; Silver & Ploux, 2001; Sinnott & Shifren, 2001) y argumentan que este hecho es debido a que en las sociedades industriales avanzadas, las personas mayores viven una situación paradójica, idéntica a la que experimentan los grupos más marginados; por un lado, son socioeconómicamente desfavorecidos; por otro lado, gracias a su marginalidad, disfrutan de una libertad normativa que les permite cuestionar los códigos sociales y deconstruir así el discurso sobre el envejecimiento, de forma que las reglas basadas en el patriarcado así como las expectativas basadas en el género, hayan sido alteradas (Silver & Ploux, 2001).

Los estudios longitudinales muestran que los roles de género tienen más probabilidades de cambiar durante la vejez. Los hombres y las mujeres mayores parece ser que tienen una visión más relajada de las normas tradicionales de género pues ya no tienen que soportar el mismo grado de control social en las esferas doméstica y pública. Por tanto, en el envejecimiento, es posible concebir que se produzca la modificación del poder patriarcal y de las relaciones tradicionales de género, tanto en el ámbito familiar como laboral. Ahora se sabe, por ejemplo, que los estereotipos de las personas mayores están menos basados en el género que, por ejemplo, en la categorización en base a la edad como un instrumento para su autodefinición (Silver & Ploux, 2001).

En nuestro contexto sociocultural en particular, autoras como Freixas (1997, 2008) reflexionan sobre esta cuestión. Según Freixas hay evidencias de que en la segunda mitad de la vida se produce un entrecruzamiento de roles, según el cual las funciones asignadas a cada uno de los sexos se difuminan y van quedando definidas de forma menos marcada, de manera que los hombres se hacen progresivamente más dependientes y afectivos, mientras que las mujeres son más independientes y asertivas. Colom (1999) plantea que los roles de género tienden a ser más flexibles y que en general se produce un debilitamiento, puesto que existe una mayor preocupación por la salud y el poder llevar a cabo una vida cotidiana normal, que por las relaciones de poder y la expresión de la masculinidad, en el caso de los varones. Aunque si bien es cierto, que los hombres pueden desarrollar algunas actividades en el ámbito doméstico, como ir a comprar o ciertos aspectos del cuidado, en general siguen siendo las

mujeres quienes asumen la responsabilidad de esta actividad desarrollada a lo largo de su vida.

En resumen, la edad avanzada permite, pues, una reorganización de los roles de género en muy diversos sentidos, en donde las mujeres, según Freixas (1997), están en ventaja pues la ética del cuidado y una identidad basada en la experiencia de interconexión social es lo que las puede beneficiar, ambos valores expresivos y que forman parte del rol femenino. Otra ventaja que pueden tener las mujeres al envejecer es su habilidad para verse a sí mismas y sus vidas como valiosas y significativas, dado que los valores de cuidado y conexión son los más importantes para las mujeres durante toda su vida. Se mantienen en la vejez y se vuelven también más importantes para los hombres a esa edad. Lo cual indica que los valores de la vejez se hacen, a lo largo de la vida, cada vez más femeninos, mientras se muestran en recesión los más masculinos del trabajo y de la vida pública.

No obstante, en nuestra cultura poco se ha planteado acerca de la masculinidad y menos aún en la vejez, aunque esta tendencia está cambiando en los últimos años propiciando un profundo debate en la sociedad. Para King y Calasanti (2013), los estudios más recientes advierten de diversos grados de malestar que se presentan en algunos hombres “viejos”, ya que esta etapa vital pareciera entrar en contradicción con las exigentes demandas acerca de este rol de género. De modo que la crisis y el suceso normativo que implica la tercera edad pueden llevar consigo desadaptación para algunos hombres debido a la pérdida del rol del trabajo y los correlatos de poder y satisfacción que ello comporta, así como la ausencia de planificación del tiempo libre, con toda una filosofía de valores de autorrealización que se canalizan a través del trabajo, etc. Aunque tal situación tan sólo sea transitoria e incida más en los primeros momentos de la jubilación, hasta que se asume la nueva realidad y se encaja en ella. Es por ello, que en el contexto de las relaciones de género con la edad, envejecer puede costarles a los hombres su “estatus” social, dado que alteran las masculinidades en las que se basaron tanto su privilegio social a lo largo del ciclo vital. Lo que sí sabemos con seguridad es que las condiciones para mantener los roles masculinos anteriores experimentan un cambio objetivo con la jubilación (Pérez-Díaz, 2003).

En cambio, por lo que acaba de verse, no existen demasiadas presiones para que las mujeres, tras pasada ya la madurez, modifiquen sustancialmente los roles que les han caracterizado durante su vida anterior. Pero... ¿ocurre lo mismo cuando los hombres llegan a la madurez?. A tales edades, las nuevas condiciones familiares y productivas han acentuado

mucho la disfuncionalidad de los roles tradicionalmente masculinos y muchas veces el mantenimiento de estos roles masculinos para los hombres mayores puede desencadenar en ellos la absoluta inadaptación a su situación real, sobretodo quien pretenda mantenerlos. El ajuste se hace necesario, casi inevitable, y pasa por la asunción de nuevos roles mejor adaptados a esa nueva y duradera etapa de la vida.

Los hombres maduros, al jubilarse, se ven obligados a una reconversión tardía, mucho más brusca y, en muchos casos no deseada, pues pierden instantáneamente el círculo de relaciones sociales en el que se han movido durante buena parte de su vida (Pérez-Díaz, 2003). Además, su formación, habilidades y experiencia laboral dejan de tener ninguna utilidad para la vida que les aguarda. En opinión de Pérez-Díaz (2003), los hombres maduros están obligados a “feminizar” sus actitudes respecto al uso del tiempo cotidiano porque la alternativa son muchas décadas de frustración y conflictos. Esto desafía los estereotipos comunes acerca de los cuidadores típicos por ejemplo, con la “feminización” de los hombres mayores, al menos en el cuidado de su pareja o nietos (Abellán, Pérez, et al., 2017). De hecho, los nietos pueden llegar a convertirse en uno de los asideros importantes ante la nueva situación, pues empiezan a integrar la espera y la paciencia en actividades cotidianas como hacer la compra o ir a buscar los nietos al colegio. Cuando se convierten en abuelos tienen una segunda oportunidad de intervenir en la crianza que no tuvieron de sus propios hijos. En tales casos establecen relaciones con los nietos que no son equivalentes a las de las abuelas, todavía apegadas a los asuntos cotidianos más imperativos y materiales. Además, hasta ahora, la mayor parte de los cuidadores eran mujeres, pero esto está cambiando, pues es evidente que en la sociedad cada vez más los hombres maduros asumen el papel de cuidadores que es tan importante como el de las mujeres de su misma edad. De hecho, los hombres son perfectamente competentes para ello y existen investigaciones según las cuales su predisposición anímica es incluso mejor que la de las mujeres (Abellan et al., 2017; Pérez-Díaz, 2003). A este tema del cuidado dedicaremos un capítulo en esta investigación.

Por tanto, debemos ser conscientes de la naturaleza dinámica del género. A medida que las generaciones envejecen, traen consigo identidades de género matizadas e históricamente específicas formadas por cambios en las relaciones de los hombres y las mujeres hacia y dentro de ámbitos tales como el trabajo y la familia (Calasanti, 2004a).

### **2.3.2. La complejidad del género: la androginia**

Actualmente, hay una creciente evidencia empírica en la investigación gerontológica de que la androginia podría ser una competencia central para el envejecimiento exitoso (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a). Los roles de género, como un fenómeno maleable y socialmente construido, cuando se polariza entre los grupos de género, tienen consecuencias negativas para el bienestar psicológico, creando y perpetuando la desigualdad social a través de estándares prescriptivos para mujeres y hombres (Carr, Hagai, & Zurbriggen, 2017).

Al respecto, ciertos autores como Perrig-Chiello y Hutchison (2010a) ponen de manifiesto que en ciertos estudios longitudinales sobre envejecimiento, como por ejemplo *Estudio Longitudinal del Envejecimiento de Basilea* (Perrig-Chiello & Staehelin, 1996), se obtuvieron resultados interesantes en relación al género y el envejecimiento con éxito y que contrastan con los hallazgos usualmente reportados en la literatura sobre este tema. En dicho estudio, la muestra de mujeres difería de las tradicionales muestras de mujeres en estudios de envejecimiento, ya que todas ellas eran mujeres que habían trabajado en el mercado laboral, fuera del ámbito doméstico, durante muchos años y a su vez con múltiples roles. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, en la vejez este grupo de mujeres no difieren significativamente de sus homólogos masculinos con respecto a la salud objetiva y subjetiva, bienestar psicológico y autonomía funcional. Los hombres tampoco diferían de las mujeres con respecto a los comportamientos de salud. Es decir, no se observaron diferencias de sexo en bienestar ni en salud. Según los autores, una posible explicación para estos resultados es que la orientación de roles de género no tradicional de estas mujeres, que combinaba la fuerza de ambos roles (tanto expresivos como instrumentales), puede ser la causa explicativa; es decir, es posible que estas mujeres tenían que desarrollar ciertos atributos instrumentales relacionados con el rol masculino (enfocados en tareas como pensar, confiar en uno mismo, asertividad, todas las habilidades que son decisivos en el trabajo y las relaciones interpersonales) para mantener su posición en un entorno dominado por los hombres durante las décadas de su empleo. De hecho, se ha demostrado en varios estudios que las personas que puntúan alto en ambos rasgos, instrumental y expresivo, informan de mejor salud subjetiva y muestran mejor comportamiento relacionado con la salud que otros individuos (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a).

En la literatura, este equilibrio con respecto a las identidades de género y que combina las virtudes de ambos sexos (rasgos femeninos y masculinos) ha sido referido como androginia. Su estudio se popularizó a raíz del trabajo de Sandra Bem y sus estudios sobre la *Teoría de la*

*Androginia* (Bem, 1974, 1993). Según dicha autora, el énfasis de nuestra cultura en una dicotomía de género implica importantes consecuencias cognitivas, psicológicas y sociales. Estos estudios supusieron un importante avance en psicología, un trampolín conceptual para el estudio de género como un proceso multidimensional. De esta manera, el trabajo de Sandra Bem sentó las bases para la teoría e investigación feminista contemporánea (Keener & Mehta, 2017; Mehta & Keener, 2017). Durante décadas Bem propuso que los investigadores y activistas de género deberían reducir la importancia que se le da al género, para así minimizar las diferencias de género y promover la androginia. Sin embargo, en un artículo posterior, propuso hacer lo contrario (Bem, 1995). En concreto, Bem sugirió aumentar la importancia del género y crear tantas categorías en cuanto al género de modo que las categorías mismas pierden su significado. Cada vez más los investigadores reconocen que para obtener una imagen más completa del género, se necesita ampliar su alcance adoptando sus complejidades y yendo más allá de la tradicional concepción binaria del género (Keener, 2015; Mehta & Keener, 2017). Las complejas definiciones multidimensionales de género hacen que sea imposible seguir aceptando el binario de género tradicional (masculino vs. femenino) como adecuado. Simplemente identificarse como hombre o mujer no solo no refleja con precisión la naturaleza multidimensional del género, sino que también ignora la experiencia vivida de las personas. Pero a pesar de que los investigadores de género en general han aceptado que el género es conceptualmente multidimensional, la mayoría de las medidas de género siguen adoptando definiciones obsoletas e incompletas del género como un sistema binario (Mehta & Keener, 2017).

La conceptualización de Bem de la androginia psicológica introdujo una nueva forma de pensar en la que cruzar los límites de género se veía como una forma adaptativa de flexibilidad que promovía un mejor ajuste psicológico. La “identidad andrógina” implica considerar cómo el yo se relaciona con ambos géneros. Este enfoque de doble identidad, sugiere que identificarse con el propio género es importante para la salud mental, pero identificarse con el otro género proporciona beneficios sociales adicionales y puede estar relacionado con la flexibilidad mental (Martín, Cook, & Andrews, 2017).

Inspirados por Sandra Bem y teóricos posteriores, ciertas investigaciones recientes como la de Lemaster, Delaney y Strough, (2017) examinan si el género como un constructo multidimensional cambia en la edad adulta con el fin de poner a prueba las afirmaciones hechas por dos teorías diferentes sobre el desarrollo de género a lo largo de la vida: la *Teoría*

de la *Inversión de Roles de Género*, que sostiene que hombres y mujeres se cruzan y se parecen más al otro género con la edad, y la *Teoría de la Transcendencia del Rol de Género*, según la cual el envejecimiento implica perder o ver el género como un aspecto menos central del yo (Sinnott & Shifren, 2001). Estos autores hallaron diferencias de género en los rasgos de personalidad estereotípicamente masculinos y femeninos, y que el estado civil modera las diferencias de edad y sexo en los rasgos. Dicho de otro modo, entre los hombres mayores, y particularmente aquellos casados, había más con rasgos estereotípicamente masculinos, pero también tenían puntajes de androginia más altos que los hombres solteros. Con la edad, tanto hombres como mujeres se perciben a sí mismos como ejemplos más típicos de su grupo de género. Por lo tanto, estos resultados apoyan limitadamente la Teoría de la Inversión de los Roles de Género pero no la teoría de la Transcendencia del Rol de Género.

Por otra parte, en los últimos años, también han emergido nuevas aplicaciones de la Teoría de la Androginia de Bem para investigar los vínculos entre el bienestar y la androginia. Por ejemplo, Kelly y Shane (2017) comprobaron cómo el rol de género, especialmente entre los que clasifican como andróginos, se relaciona significativamente con la felicidad, la satisfacción con la vida y la autoeficacia. En la misma línea, Ahmed, Vafaei, Auais, Guralnik, y Zunzunegui (2016) encontraron que los roles de género influyen en la función física en la vejez con un posible efecto protector de la androginia independientemente del sexo biológico. En este sentido, resulta interesante destacar el estudio de Vafaei et al. (2014) con una muestra de personas mayores españolas, que basándose en el modelo de androginia según el cual aquellos con altos niveles de masculinidad y feminidad (andrógino) son más adaptables y, por lo tanto, tienen una mejor salud, exploraron la validez del *Inventario de Roles Sexuales* de Bem. Sus resultados mostraron que no había asociaciones entre el sexo biológico y los roles de género. Además, en general, la androginia se asoció con una mejor movilidad y salud física y mental. Otro estudio que analiza los roles de género durante la vejez, fue el de Gale-Ross, Baird y Towson (2009), los cuales investigaron las relaciones entre el rol de género y la salud autopercebida en una muestra de personas mayores de Canadá, sus resultados apoyaron el modelo de ajuste andrógino de Bem y revelaron que las mujeres que se calificaron a sí mismas como andróginas informaron mejores niveles generales de bienestar que sus pares. En esta investigación, la salud física de los hombres mayores y el bienestar general no difirieron significativamente según el rol de género.

En suma, el estudio de los roles de género en las personas mayores, y especialmente el papel de la androginia, es un campo emergente en la investigación por las evidencias empíricas encontradas que lo relacionan con el envejecimiento exitoso, el bienestar y la satisfacción vital. Autores como Perrig-Chiello y Hutchison (2010b) recomiendan una mayor apertura científica sobre el impacto de los roles de género en la salud y el bienestar humano. El trabajo de Bem abrió nuevos campos para comprender mejor los mecanismos subyacentes de las diferencias de sexo/género observadas en las personas y para comprender también las variaciones y multidimensionalidad de género. Acercarse a la igualdad de género es el objetivo común de muchas entidades que trabajan por erradicar las diferencias que se han asignado a mujeres y hombres en función del sexo al nacer. Desde una perspectiva de desarrollo de la vida, la androginia no significa la igualdad de género, sino una apertura necesaria de un individuo para los rasgos positivos del rol de género opuesto, un rasgo esencial para el desarrollo de un envejecimiento exitoso (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010b).

#### **2.4. Desigualdades entre las mujeres y los hombres mayores en el envejecimiento**

En este apartado se expondrán brevemente las teorías biológicas, sociológicas y psicológicas más relevantes que se han desarrollado para explicar las diferencias de sexo/género en diferentes ámbitos. También se explicarán de forma concisa aquellos indicadores en donde existe desigualdad de género durante el envejecimiento.

En los últimos años, hay un renovado el interés por los estudios socio-culturales del envejecimiento, en base a que el envejecimiento no es un fenómeno universal sino que existen itinerarios y modos de envejecer diferentes para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales. Hombres y mujeres tienen modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo, reconociendo así la diversidad, la heterogeneidad y la dimensión ecológica tanto del envejecimiento individual como del social. Por ello se precisa reconocer las diferencias, las desigualdades y la diversidad de estas representaciones, prácticas y configuraciones identitarias de la vejez (Yuni & Urbano, 2008).

Las intersecciones de las construcciones sociales de género y de la vejez presentan vulnerabilidades diferenciales aunque éstas no siempre son femeninas (como la feminización de la pobreza y la feminización de la vejez). En muchas ocasiones, los roles que deben cumplir los hombres en el sistema patriarcal característico de sociedades occidentales

meridionales, también los lleva a modos diferenciales de enfermar, consultar y acceder a los recursos. Estas vulnerabilidades diferenciales sumadas a la vulnerabilidad de ser mayor determinan diferentes modos de vivir el envejecimiento.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración Política que fueron aprobados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002 (Naciones Unidas, 2003), marcó un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío que supone la construcción de una sociedad para todas las edades. El Plan de Acción Madrid 2002 plantea la necesidad de un “compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo” (Naciones Unidas, 2003, p. 12).

Se basa en que:

“Las mujeres de edad superan a los hombres de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular, medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes”. (Naciones Unidas, 2003, p.10)

En general, cuando se habla de las desigualdades o las diferencias de género en la vejez se suele situar a la mujer como la parte débil del eslabón. Históricamente, las mujeres han debido enfrentar a lo largo de la vida un proceso de acceso desigual a las oportunidades y también a los obstáculos. Esto tiene, en la mayoría de los casos, un efecto acumulativo negativo en el bienestar social, económico y psicológico en la vejez de las mujeres.

El género pues, es un determinante transversal del envejecimiento activo, saludable y exitoso, y puede reflejar enormes desventajas de las mujeres mayores. Envejecer de una u otra forma no es cuestión de azar, dado que existen importantes diferencias en las formas de envejecer entre diferentes culturas y entre mujeres y hombres, derivadas del tipo de vida que se ha llevado si tenemos en cuenta los condicionamientos económicos, culturales y sociales. La mayoría de estos factores implicados en las distintas formas de envejecer son modificables y no se distribuyen homogéneamente en la población. Si bien es cierto que los cambios legislativos promovidos por los gobiernos en los diferentes Planes de Acción de igualdad

entre mujeres y hombres en los últimos veinte años, han promovido transformaciones sociales que han repercutido en la mejora de la situación de las mujeres mayores. No obstante, todavía padecen situaciones de desigualdad derivadas fundamentalmente de una educación tradicional donde el reparto de tareas en función del sexo, la asignación de roles y los estereotipos de género junto con la falta de acceso al mercado laboral, han contribuido a que este colectivo sea uno de los más afectados por la desigualdad de género (IMSERSO, 2011). Por todo ello, el enfoque de género permite visibilizar a las mujeres y hombres mayores para conocer en qué condiciones específicas abordan el envejecimiento en función de los tipos de vida que han llevado y saber así, qué potencialidades pueden y quieren desarrollar o mejorar.

Desafortunadamente, las diferencias de sexo/género en las formas de envejecimiento exitoso y saludable rara vez se han considerado en la literatura sobre “envejecimiento activo” (Kryspin-Exner, Lamplmayr, & Felnhofer, 2011). Como se ha comentado, el género, a pesar de ser un principio organizador crucial en la sociedad que moldea profundamente la experiencia de envejecimiento, puede implicar, a su vez, un resultado diferente para hombres y mujeres respecto a su envejecimiento activo, saludable y con éxito. Por lo tanto, la revisión sobre las situaciones de desigualdad de género presentes en nuestra sociedad en relación al envejecimiento, puede, por una parte permitir enfatizar y resaltar esta brecha de género específica, y a su vez, puede ayudar a una mayor visibilización y comprensión de estas situaciones con el fin de poder transformarlas.

#### **2.4.1. Teorías sobre las diferencias de género**

En primer lugar, es conveniente remarcar que todavía existe una brecha importante en cuanto a la comprensión de cuáles son los antecedentes teóricos que subyacen a las diferencias de sexo/género en relación al envejecimiento. Sobre todo en torno a los problemas que plantea lo que se conoce como “*la paradoja de género en la salud*”, la cual se basa en que las mujeres viven más tiempo que los hombres aunque tienen tasas de morbilidad y discapacidad más altas y una menor calidad de vida en la vejez. Así pues, todavía no hay suficiente certeza en relación a cuáles son las conexiones multifacéticas que existen entre los procesos sociales y biológicos que están en la base de este fenómeno. Por una parte, hay una considerable evidencia de que tanto los sistemas biológicos como los procesos sociales influyen en estos patrones desconcertantes, pero lo que falta en la comprensión de estas diferencias de sexo, es una explicación convincente de cómo los factores sociales y biológicos se combinan para producir estas diferencias paradójicas en salud para hombres y mujeres

(Rieker & Bird, 2005). En este sentido, autores como Perrig-Chiello y Hutchison (2010a), se cuestionaron si realmente las mujeres mayores tienen más problemas de salud física y mental que los hombres mayores, o bien, estos hallazgos están influenciados por un sesgo de género debido a una conciencia y comprensión diferente respecto de la salud y la enfermedad entre sexos. Llegaron a la conclusión de que es imposible encontrar respuestas satisfactorias a tales preguntas sin considerar los contextos culturales y sociales de las personas estudiadas. El hecho de que las dimensiones biológicas y sociales, así como las conductuales, del envejecimiento se crucen y tengan implicaciones mutuas ha sido, desde luego, un principio central de la investigación en gerontología.

#### ***2.4.1.1. Explicaciones biológicas***

Desde una perspectiva biológica, algunos resultados apuntan que las mujeres se benefician de alguna protección contra la mortalidad. Aún así, se ha estimado que la contribución real de los factores biológicos para la mayor esperanza de vida de las mujeres es aproximadamente de 1-2 años (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a). Resulta obvio que hombres y mujeres no tenemos las mismas características biológicas, producimos cantidades diferentes de hormonas y tenemos algunos genes distintos alojados en los cromosomas sexuales, pero esto no significa que unos sean mejores o peores que otros, simplemente son diferentes a nivel morfológico y biológico. En concreto, y en lo que respecta a las diferencias de sexo en la salud y en la longevidad en particular, diversos estudios sugieren que por ejemplo, el estrógeno ayuda a proteger a las mujeres contra las enfermedades cardíacas al reducir los niveles circulatorios de colesterol dañino, mientras que la testosterona aumenta lipoproteína de baja densidad. Adicionalmente, las mujeres tienen sistemas inmunes más fuertes, en parte porque la testosterona causa inmunosupresión.

Sirva de ejemplo un artículo publicado por la BBC (Robson, 2015) donde se resumen brevemente parte de las diversas teorías explicativas sobre potenciales factores asociados con una mayor longevidad femenina y que dan fe de la gran variedad de teorías existentes sobre este tema a pesar de que en la actualidad todavía no hay datos concluyentes. Por una parte, se indica que la principal razón de las diferencias en longevidad, podrían ser los factores asociados al estilo de vida o evolutivos, aunque no se ha podido demostrar. Pero por otra, también podrían estar implicados los factores biológicos, como el caso de los cromosomas como ya se ha explicado. Siguiendo con este artículo, otra de las posibles explicaciones que hacen referencia es la teoría del ciclo menstrual y la de la estatura, es decir, la hipótesis de que

el ritmo cardiaco de una mujer aumenta durante la segunda mitad del ciclo menstrual, lo que genera los mismos beneficios que el ejercicio moderado. El resultado es que se retrasa el riesgo de una enfermedad cardiovascular. O puede ser que se trate simplemente de una cuestión de tamaño. La gente más alta tiene más células en su cuerpo, lo que implica que tienen más probabilidades de desarrollar mutaciones peligrosas. Los cuerpos más grandes también queman más energía, lo que puede perjudicar más sus tejidos. Dado que los hombres tienden a ser más altos que las mujeres, se enfrentarían a un daño mayor a largo plazo. Pero quizás la verdadera razón y la teoría explicativa con mayor peso, según dicha revista, sea la de la testosterona, que dirige la mayor parte de las características masculinas. Es posible que la testosterona refuerce los cuerpos de los hombres a corto plazo, pero los mismos cambios los deja más expuestos a enfermedades del corazón, infecciones y al cáncer, y que por otro lado las mujeres tienen la ventaja del estrógeno. El estrógeno femenino es un “antioxidante”, lo que significa que limpia restos químicos venenosos que causa estrés a las células. Puede ser que las mujeres también se beneficien del “elixir de juventud” (estrógenos) que ayuda a recuperarse de los estragos del cuerpo.

Sin embargo, para Rieker y Bird (2005), la mayoría de los estudios biomédicos interdisciplinarios refuerzan la idea de que la causa de las diferencias en salud y longevidad sea la existencia de complejas interacciones entre el sistema cardiovascular, el funcionamiento inmune y los procesos psicológicos. Pues pesar de esta evidencia, los factores biológicos solos, no pueden explicar estas diferencias en la mortalidad en función del género o el sexo, especialmente debido a que esta relación difiere significativamente a lo largo del tiempo y entre culturas (Perrig-Chiello & Hutchison, 2010a).

#### ***2.4.1.2. Explicaciones psicológicas y sociales***

Una revisión de todas las teorías y las causas hipotéticas de las diferencias psicológicas y sociales respecto al género va más allá del alcance de esta investigación. Es por ello que esta revisión se centra principalmente en las grandes teorías sociológicas y psicológicas que pretenden explicar y ofrecer un marco conceptual sobre las diferencias de sexo/género, estas son: las teorías evolutivas, la teoría cognitiva del aprendizaje social y la teoría sociocultural y finalmente dado que la mayoría de las teorías se han enmarcado para explicar las diferencias de género, se presenta *la teoría de similitud de género* de Hyde (2005).

### **i. Teorías evolutivas**

La psicología evolutiva se ha centrado en cómo las diferencias psicológicas en relación al género son el producto de la selección evolutiva, basada en la suposición de que hay diferentes comportamientos que son adaptativos para los hombres en comparación con las mujeres o viceversa. Uno podría imaginar fácilmente que los factores de selección evolutivos producirían mujeres fuertes, cuya capacidad para tener hijos también proporciona ventajas en términos de morbilidad y mortalidad. Dichos argumentos evolutivos se basan en la premisa de que la selección natural favorece a las personas que producen más descendencia, ya que sus genes están más representados en las siguientes generaciones de miembros de una especie (Rieker & Bird, 2005). El género entra en escena porque las mujeres, en general, tienen una inversión parental sustancialmente mayor en sus hijos que los hombres. Aquí radica la explicación evolutiva de la mayor participación de las mujeres en el cuidado infantil, que a su vez puede tener enormes repercusiones en otros dominios, como la explicación de la escasez de mujeres en ciertas disciplinas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas. La evidencia a favor y en contra de la teoría de la evolución parece ser mixta, es decir por una parte la respaldan pero por otra no (Hyde, 2014; Pedersen, Putha-Bhagavatula, & Miller, 2011; Rieker & Bird, 2005).

### **ii. Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social**

La Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social es otro enfoque con una amplia utilidad en la comprensión psicológica de las diferencias de sexo/género. Tal como lo formularon Bussey y Bandura (1999), la teoría sostiene que el comportamiento tanto de los niños y niñas como de los adultos está formado por refuerzos y castigos. Así que las personas imitan o modelan a los demás en su entorno, especialmente si los demás son poderosos o admirables. En las versiones más recientes de la teoría, se han agregado componentes cognitivos, como atención, autorregulación y autoeficacia. Por ejemplo, a medida que los niños crecen, el control de su comportamiento se desplaza desde refuerzos y castigos impuestos externamente, a estándares internalizados y autorregulación. En particular, los niños y niñas internalizan las normas de género y conforman su comportamiento a los normas. La autoeficacia, otro componente cognitivo, se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para lograr una tarea en particular. La autoeficacia puede ser importante para explicar ciertos efectos de género. Por ejemplo, aunque el rendimiento matemático de las niñas es igual al de los niños, generalmente hay una mayor brecha de género en la autoeficacia matemática. La autoeficacia es importante

debido a su poder para dar forma a las decisiones de las personas sobre si deben asumir una tarea desafiante (Hyde, 2014).

### **iii. Teoría Sociocultural**

La Teoría Sociocultural, también llamada Teoría del Rol Social o la Teoría Social Estructural, fue propuesta por Eagly y Wood (1999) y por Wood y Eagly (2012) como una alternativa a la teorización evolutiva sobre las diferencias de género. El argumento esencial de la teoría es que la división del trabajo de una sociedad según el género impulsa todas las demás diferencias psicológicas de género. El resultado en cuanto a las diferencias psicológicas en relación al género está determinado por acomodaciones individuales o adaptaciones en base a las restricciones u oportunidades particulares en función del género que hay en la sociedad. La teoría reconoce las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres, como por ejemplo las diferencias en tamaño y fuerza y la capacidad de las mujeres para dar a luz y amamantar a sus hijos. Históricamente, estas diferencias contribuyeron a la división del trabajo en función del sexo como resultantes de la evolución de muchos siglos. El mayor tamaño de los hombres y la mayor fuerza los llevó a realizar actividades tales como la guerra, lo que les dio mayor estatus y riqueza, y mayor poder sobre las mujeres. Una vez que los hombres estaban en estos roles de mayor poder, su comportamiento se volvió más dominante, y el comportamiento de las mujeres se volvió más subordinado. La asignación de mujeres al papel del cuidado infantil las llevó a desarrollar cualidades tales como la nutrición y una mayor facilidad con las relaciones de reciprocidad (Hyde, 2014).

### **iv. Teoría de las similitudes de género: la interseccionalidad**

En contraposición, la Hipótesis de Similitudes de género propuesta por Hyde (2005), sostiene que los hombres y las mujeres son similares en la mayoría, pero no en todas, las variables psicológicas. Es decir, hombres y mujeres, son más parecidos de lo que son de diferentes. Se basó en los resultados de una revisión de 46 metanálisis, encontrando que el 78 % de las diferencias de género fueron pequeñas o muy cercanas a 0, apoyando pues la hipótesis de similitudes de género. No obstante, la Hipótesis de Similitudes de género ha sido controvertida, pues aunque esta revisión pretende ser exhaustiva, varios temas estuvieron más allá del alcance de la misma: estos incluyen las diferencias de género en el cerebro humano; sexo y hormonas sexuales; diferencias de género en la salud física; y estudios de sesgo de género, en los que se estudia el género no como una variable dependiente, sino como una

variable independiente (Hyde, 2014). Además, según esta proposición, la magnitud de las diferencias de sexo o género pueden, a su vez, variar sustancialmente a diferentes edades y dependen también del contexto en el que ocurre la medición. Algunas excepciones notables son por ejemplo, ciertos comportamientos motrices (tales como, la distancia de lanzamiento) y algunos aspectos en relación a la sexualidad, los cuales sí que muestran grandes diferencias entre sexos. Esta autora, llega a la conclusión de que las demandas excesivamente infladas de las posibles diferencias de sexo/género conllevan costos sustanciales en áreas como el lugar de trabajo y las relaciones y que por lo tanto, hay que reconsiderar los costos de los reclamos excesivamente inflados en relación a las diferencias de sexo, pues no son consistentes con los datos científicos.

Del mismo modo, más recientemente, Zell, Krizan y Teeter (2015), realizaron un estudio para evaluar similitudes y diferencias de género utilizando la metasíntesis, el cual se trata de un nuevo enfoque analítico de datos para estimar la diferencia promedio entre hombres y mujeres y explorar moderadores de estas diferencias. Estos autores encontraron que la magnitud de las diferencias fluctuó en función del dominio psicológico (por ejemplo, variables cognitivas, variables sociales y de personalidad, bienestar), pero permaneció en gran medida constante a través de la edad, la cultura y las generaciones. Estos hallazgos proporcionan un apoyo convincente para la hipótesis de similitudes de género, pero también subrayan las condiciones en las que las diferencias de género son más pronunciadas.

La investigación sobre las similitudes y diferencias psicológicas en cuanto al sexo o al género es importante por varias razones. En primer lugar, porque abundan los estereotipos sobre las diferencias psicológicas de género, lo que a su vez influye en el comportamiento de las personas, y es importante evaluar hasta qué punto son ciertos. En segundo lugar, porque las diferencias psicológicas de género frecuentemente han promovido cuestiones políticas importantes (Hyde, 2014).

Teniendo en cuenta lo explicado anteriormente en relación a esta teoría, es necesario recalcar la importancia que supone para las diferencias y desigualdades de género la influencia del contexto y la interacción con otras categorías de identidad. Así, la *interseccionalidad* es un enfoque de investigación que enfatiza la consideración simultánea de múltiples categorías de identidad, así como las posibles desventajas o diferencias asociadas a ella: género, raza, clase, orientación sexual, discapacidad, edad, educación, religión, etc. Es decir, un enfoque analítico que considera simultáneamente el significado y las consecuencias

de múltiples categorías de identidad para comprender cómo estas categorías dependen el uno del otro para el significado y cómo se asocian conjuntamente con los resultados (Cole, 2009). La interseccionalidad, y las relaciones mutuamente constitutivas entre las identidades sociales, es un principio central del pensamiento feminista y ha transformado cómo se conceptualiza el género en la investigación (Shields, 2008).

La interseccionalidad sostiene que los efectos de género nunca se pueden entender de forma aislada y siempre deben examinarse en el contexto. Una implicación es que los científicos no deberían hacer declaraciones globales sobre las diferencias de género, refiriéndose a una nación entera, mucho menos a las diferencias universales transculturales, pues las afirmaciones globales sobre las diferencias de género se pierden, son erróneas o son imprecisas. Hyde (2014) considera que son pocos los metaanálisis de género que han buscado variaciones en la magnitud de las diferencias de género como una función con otros moderadores potenciales (raza o etnia, estatus socioeconómico, clase social, edad, nivel de educación, salud, orientación sexual, etc.). El análisis de la intersección o interacciones de género y potenciales moderadores o categorías sociales es un enfoque interesante, pues hay mucha evidencia de la influencia o importancia del contexto para crear o borrar las diferencias entre sexos. Identificar contextos en los que las diferencias entre mujeres y hombres aparecen o desaparecen continuará siendo una estrategia importante en la investigación sobre las diferencias y similitudes en relación al género.

#### **2.4.2. Teorías sobre las diferencias de género en el envejecimiento**

Básicamente, las desigualdades que se producen en el envejecimiento, especialmente en salud, bienestar y calidad de vida, ya sean por razones de género, nivel socioeconómico, raza, orientación sexual, etc., tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. Estas desigualdades hacen referencia a las diferentes oportunidades y recursos que tienen las personas de distinta clase social, género, etnia o territorio, de forma que los colectivos más desfavorecidos presentan peor calidad de vida que el resto. Por lo tanto, el concepto de las desigualdades tiene también una dimensión moral y ética dado que son innecesarias y evitables, y además, son injustas e intolerables. Según se indica en el informe elaborado por Rodríguez-Sanz, Carrillo-Santistevé y Borrell (2006), alcanzar la equidad comportaría que idealmente, todo el mundo tuviera una oportunidad justa de tener el máximo desarrollo posible. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala cómo las desigualdades pueden reducirse si se aplican las

intervenciones y políticas públicas adecuadas. El origen de la desigualdad hay que buscarlo pues, en los procesos sociales y no en las causas naturales o biológicas. Si se estudian los mecanismos de funcionamiento de nuestra sociedad, se pueden descubrir los procesos sociales que generan la desigualdad social. En este sentido, el aumento de la igualdad de género beneficia a la sociedad porque supone una mejor toma de decisiones y una reducción de las situaciones de exclusión, violencia y desigualdad, así como el aumento de la productividad general y de la calidad de vida de innumerables maneras.

A continuación, se presentan brevemente algunas de las teorías sociológicas y psicológicas más relevantes que desarrollan un marco teórico para comprender cómo se producen las desigualdades o diferencias sociales entre mujeres y hombres en el proceso de envejecimiento.

#### ***2.4.2.1. Teoría del curso de vida***

La teoría del curso de vida o perspectiva del curso de vida es un enfoque teórico-metodológico desarrollado principalmente desde la sociología, pero con aportes de la historia, la psicología y la demografía. El desarrollo de esta perspectiva se ha dado sobre todo a partir de los años setenta desde la escuela americana, con sociólogos como Glenn Elder (1999, primera edición 1974). Es un enfoque que investiga fundamentalmente cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y las cohortes o generaciones. Fue en la década de los noventa, por lo menos en los Estados Unidos, cuando este enfoque teórico-metodológico cobró auge.

En particular, se basa en la conexión entre las vidas individuales y el contexto histórico y socioeconómico en el que se desarrollan las vidas de las personas. Como concepto, un curso de vida se define como “una secuencia de eventos y roles socialmente definidos que el individuo representa a través del tiempo” (Giele & Elder, 1998, p.22). Estos eventos y roles no necesariamente proceden en una secuencia dada, sino que constituyen la suma total de la experiencia real de la persona y que varían poco en el tiempo y el lugar (Blanco, 2011).

Tres son los ejes organizadores o herramientas del análisis del curso de la vida: trayectoria, transición y *turning point*. La *trayectoria* se refiere a una línea de vida o carrera, a un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción. El análisis del cruce de las trayectorias vitales tanto en un mismo individuo como en su relación con otros individuos o conglomerados (de manera muy importante, con la

familia de origen y procreación) es central para el enfoque del curso de vida. Por otra parte, la *transición* hace referencia a cambios de estado, posición o situación, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles por lo tanto, no son fijas y se pueden presentar en diferentes momentos sin estar predeterminadas. Además, varias transiciones puedan ocurrir simultáneamente, por ejemplo, la salida de la familia de origen, la entrada al mercado laboral, el matrimonio y la reproducción, por ejemplo. Con las transiciones se asumen nuevos roles, lo que puede marcar nuevos derechos y obligaciones y a veces, implicar nuevas facetas de identidad social (Blanco, 2011). Finalmente, el *turning point* se refiere a eventos o sucesos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida, es decir, un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales.

El envejecimiento se produce desde el nacimiento hasta la muerte e involucra procesos biológicos, psicológicos y sociales. Además, las experiencias de envejecimiento se forman en base a los efectos del período histórico y de cohorte. El eje de investigación más general del enfoque del curso de vida es analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean la vida de las personas. Como características también de esta teoría, podemos nombrar: el énfasis en el papel del individuo como productor de su desarrollo, el énfasis en la plasticidad y la adaptación y el énfasis en el contexto y la cultura. Aunque sin una perspectiva de género explícita, el libro de Elder (1999), documenta diferencias entre las trayectorias vitales femeninas y masculinas y habla de “roles domésticos” en el interior del hogar así como de los roles tradicionales asignados a las mujeres (como esposas, madres y amas de casa) en detrimento de la posibilidad de acceso a otras opciones en la vida (Blanco, 2011).

#### ***2.4.2.2. El Enfoque del Ciclo Vital***

A finales de la década de los 70 del pasado siglo, desde la Psicología Evolutiva, un grupo de autores europeos (fundamentalmente alemanes, como Hans Thoma y Paul Baltes) y estadounidenses (Warner Schaie y John Nesselroade) plantean una nueva forma de estudiar el envejecimiento de manera que aparezca como un proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana. Esta alternativa, que pronto fue conocida como la orientación o el *Enfoque del Ciclo Vital (Life Span Approach)* trata sobre un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluidas las últimas décadas de la vida (Satorres, 2013; Villar, 2005).

La teoría de Baltes (1987) sobre la vejez satisfactoria surgió del estudio de los procesos psicológicos a lo largo de la vida, y, al igual que las teorías anteriores, se centra en el individuo. Este autor sostiene que las personas aprenden a afrontar las pérdidas funcionales del envejecimiento a través de procesos de selección, optimización y compensación. Es a partir de la consideración de lo que es envejecer con éxito cuando hacen un intento por definir estos procesos e interrelacionarlos en un modelo de desarrollo aplicable a todos los momentos del ciclo vital, un modelo que recoge la idea básica del desarrollo como un proceso de adaptación selectiva (modelo SOC).

En concreto, el enfoque de Envejecimiento Activo y saludable se construye sobre la perspectiva del Ciclo Vital, y enfatiza la importancia de la multidimensionalidad de los procesos de desarrollo, así como la multiplicidad de causas en los mismos. Reconoce la importante influencia que tienen sobre el envejecimiento de los individuos las experiencias tempranas en la vida, el género y la cultura entre otros, y toma en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos conductuales, ambientales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios del curso de la vida y determina la salud y el bienestar en la edad avanzada (Satorres, 2013).

Desde el Enfoque del Ciclo Vital se entiende que la cultura es otra fuente de influencias que configuran de manera decisiva el tipo de trayectorias evolutivas posibles a lo largo de toda la vida y es aquí, dónde el género, como proceso de construcción social, cobraría relevancia. El individuo se desarrolla inevitablemente en un escenario sociocultural que coexiste con el biológico y que, al igual que éste, proporciona al individuo una serie de restricciones, pero también de oportunidades (Villar, 2005).

#### ***2.4.2.3. Teoría de la ventaja/desventaja acumulativa***

En los últimos años, la Teoría de la ventaja/desventaja junto con la perspectiva del curso vital, ha interesado a muchos investigadores sociales y gerontólogos sociales para comprender mejor el proceso de envejecimiento. Según esta teoría, desarrollada por varios investigadores como Dannefer (2003), aunque inicialmente surge en los años sesenta por Price (1965) y Merton (1968), los cuales sostienen que las desigualdades tienen tendencia a ser más pronunciadas durante el proceso de envejecimiento. Esta teoría surge para dar respuesta a dos problemas relacionados con el envejecimiento: el primero de ellos fue la idea de la heterogeneidad o la diversidad de las personas mayores; el segundo fue el tema de la pobreza

y la desigualdad entre las personas mayores. Estos dos problemas a veces han sido vistos como distintos, sin embargo, al menos en algunos aspectos están relacionados.

De acuerdo con Merton (1968), las ventajas y desventajas que se acumulan a lo largo de la vida son un proceso que trata injusta y parcialmente a los individuos, que crea desigualdad interindividual y sentimientos hostiles, y así, al menos implícitamente, plantea cuestiones de legitimidad social de las prácticas sociales establecidas.

Años más tarde, Crystal y Shea (1990) utilizaron el término “ventaja acumulativa y desventaja acumulativa” para describir procesos mediante los cuales los efectos de las ventajas económicas, educativas y de otro tipo pueden acumularse a lo largo de la vida. El modelo se centra pues, en las formas en que las ventajas y desventajas de la infancia persisten en los últimos años de la vida, a pesar de las numerosas contingencias intermedias y los eventos o sucesos de vida aleatorios. De hecho, en lugar de atenuarse con el tiempo, los efectos económicos de las ventajas iniciales a menudo se magnifican a lo largo de la vida. Por ejemplo, las trayectorias vitales disponibles para los más favorecidos y mejor educados difieren aún más marcadamente por sus mayores oportunidades de crecimiento en habilidades y compensación a lo largo del tiempo, y por beneficios tales como el derecho a pensión, que por su compensación inicial. Por el contrario, las personas con niveles de escolaridad más bajos tienen más probabilidades que las personas con un nivel educativo alto de experimentar una desventaja laboral a los cincuenta años, lo que contribuye aún más a la aparición de desigualdades en la última etapa de la vida (Crystal, Shea, & Reyes, 2017).

Más recientemente, la teoría se ha aplicado en una serie de estudios que pretenden analizar, explicar y comprender las desigualdades sociales en el envejecimiento como la acumulación de riqueza, las diferencias de género o raza, y las trayectorias vitales o laborales, entre otros.

#### ***2.4.2.4. Teoría de la desigualdad acumulada***

La desigualdad acumulada se propone aquí como una nueva teoría del envejecimiento en las ciencias sociales que permite explicar las formas en que la desigualdad acumulada puede generar procesos de exclusión y discriminación en el envejecimiento, y cómo se acumula esta desigualdad en el curso de la vida. La teoría de la desigualdad acumulada proporciona un marco útil para estudiar los procesos de acumulación a lo largo de la vida, especialmente en el

contexto de la estratificación social y en particular para explicar las desigualdades de género en el envejecimiento.

Partió de los estudios llevados a cabo por Ferraro y Shippee (2009), los cuales investigaron la relación entre las situaciones de desventaja infantil y los problemas de salud en la etapa adulta. Estos autores, integraron los conceptos y principios centrales de la Teoría de la ventaja/desventaja acumulativa (CAD; *Cumulative advantage/disadvantage theory*) y las Teorías del curso de la vida (*Life course theories*), así como de otras teorías, en una nueva teoría para estudiar el envejecimiento y la acumulación de la desigualdad: La Teoría de la desigualdad acumulativa (IC, *Cumulative inequality theory*). Dicha teoría especifica que los sistemas sociales generan desigualdad, que se manifiesta a lo largo de la vida a través de procesos demográficos y de desarrollo, y que las trayectorias personales están conformadas por la acumulación de riesgos, recursos disponibles, trayectorias percibidas y de la acción humana. Reconociendo que la desigualdad acumulativa puede llevar a una mortalidad prematura, la teoría también enfatiza el uso de estudios longitudinales y de inclusión de cohortes para discernir cómo los procesos de selección dan forma a la desigualdad.

Ferraro y Shippee (2009) consideran que la *Teoría de la desigualdad acumulativa* es relevante para identificar cómo las trayectorias del curso de la vida están influenciadas por desigualdades tempranas y acumuladas, pero pueden modificarse con los recursos disponibles, las trayectorias percibidas y la intervención humana. Ya que según esta teoría, las ventajas y desventajas en etapas tempranas de la vida tienen un profundo efecto a lo largo de toda la vida, especialmente en la economía y el estado de salud al final de la vida. Estudiar cómo se acumula la desigualdad puede ayudar a comprender múltiples niveles de las relaciones entre las personas y sus entornos ya que abarca los fenómenos individuales y de cohorte, pues la desventaja se acumula durante el curso vital, diferenciando así una cohorte en el tiempo. A su vez, estudiar la *acumulación* de desigualdad implica más que estudiar solo a las personas mayores, una mirada a toda su trayectoria vital, siendo consistente con la perspectiva del ciclo de vida, pues el envejecimiento es un proceso de por vida.

#### ***2.4.2.5. Hipótesis de la exposición diferencial***

Otra de las teorías que desarrollaron los investigadores sociales para dar cuenta de las desigualdades de género, especialmente en relación con la salud y que comparte características comunes con las anteriores, es la hipótesis de la exposición diferencial. Dicha

hipótesis sugiere que las mujeres informan niveles más altos de problemas de salud debido a su acceso reducido a los recursos materiales y sociales de la vida que fomentan la salud y del mayor estrés asociado con su género y los roles maritales (Arber & Cooper, 1999; Denton, Prus, & Walters, 2004). Dicha hipótesis, se basa en que frecuentemente la literatura muestra que las mujeres están expuestas y ocupan estructuras sociales diferentes que los hombres, pues es menos probable que tengan trabajos remunerados, y si lo hacen, al mismo tiempo trabajan en diferentes ocupaciones, tienen más probabilidades de tener ingresos más bajos y de realizar el trabajo doméstico. También hay diferencias de sexo/género en cuanto a la exposición a varios comportamientos de estilo de vida: los hombres es más probable que fumen, consuman alcohol, tengan una dieta desequilibrada y sobrepeso, mientras que las mujeres es más probable que sean físicamente inactivas que los hombres. La evidencia también sugiere que las mujeres informan niveles más altos de problemas de salud porque están expuestas a niveles más altos de demandas y obligaciones en sus roles sociales, y experimentan eventos de vida más estresantes. También hay importantes diferencias de género en el control percibido y en la autoestima: las mujeres informan niveles más bajos de ambos, aunque informan niveles más altos de apoyo social. Este planteamiento, ha recibido un fuerte apoyo empírico pues cuando en las investigaciones se controlan dichos determinantes conductuales y psicosociales o son utilizados como mediadores entre el género y la salud, las diferencias en la salud solo se explican en parte (Crimmins, Kim, & Solé-Auró, 2011; Denton et al., 2004; Schmitz & Pförtner, 2017). Además, cuando se controla el efecto de cohorte en las investigaciones que examinan las diferencias de sexo/género en salud, no se encuentran diferencias entre sexos, excepto en las cohortes de personas más mayores (nacidos entre 1924 y 1933). Por lo tanto, el contexto histórico es fundamental para comprender las trayectorias de salud de mujeres y hombres, que no son uniformes en todas las cohortes (Etherington, 2017).

#### ***2.4.2.6. Hipótesis de la vulnerabilidad diferencial***

Esta teoría, también se desarrolló para explicar las desigualdades entre sexos en la salud y guarda mucha relación con la hipótesis de la exposición diferencial, previamente explicada. La hipótesis de vulnerabilidad diferencial, sugiere que las mujeres generalmente informan de más problemas de salud porque reaccionan de manera diferente al estrés y son más vulnerables que los hombres a las condiciones materiales, conductuales y psicosociales que fomentan la salud (Denton et al., 2004; McDonough & Walters, 2001). Desde este

planteamiento, se sugiere que las diferencias de sexo/género es consecuencia, en parte, a los diferentes contextos estructurales (socioeconómicos, de edad, apoyo social, distribución familiar) en los que viven mujeres y hombres, y su exposición diferencial tanto al estilo de vida (fumar, beber, hacer ejercicio, dieta) como a factores psicosociales (eventos de vida críticos, estrés, factores psicológicos). De modo que estas diferencias entre sexos en la salud también son atribuibles a las diferencias de género en la vulnerabilidad a estos determinantes estructurales, conductuales y psicosociales de la salud.

En este sentido, la estratificación social basada en el género, puede ser un factor determinante para las diferencias entre sexos, especialmente en cuestiones de salud física y mental. Para autores como Vafaei, Ahmed, Freire, Zunzunegui y Guerra (2016) la fuerza de los roles de género varía según el lugar, el tiempo y el contexto cultural. En primer lugar, porque en muchas sociedades tradicionales, existe un poder desigual en las relaciones maritales, lo que favorece la autonomía de los hombres y el poder de decisión. En segundo lugar, porque debido a la división del trabajo, hay distribuciones desiguales de las responsabilidades de cuidado de la familia y el hogar con una mayor proporción de cuidado de niños y tareas hogareñas para las mujeres y más empleos fuera del hogar para hombres bajo la suposición aceptada de que el papel principal de los hombres es asegurar la necesidad material de la familia. De modo que la estratificación de género se relaciona con menos poder, menor estatus social y menos oportunidades y recursos para las mujeres, circunstancias que aumenta la vulnerabilidad de ellas a la depresión y a tener mayores problemas de salud. Pues, restringidas por los roles de género, las mujeres se ven obligadas a tareas domésticas y tienen un acceso limitado a trabajos bien remunerados y, a pesar de trabajar a jornada completa, dependen de los miembros masculinos de la familia, una desigualdad que puede extenderse a edades más avanzadas y tomar diferentes formas. En la misma línea, McDonough, Walters y Strohschein (2002) encontraron que el estrés social, familiar, infantil, ambiental se relaciona con peores condiciones de salud durante todo el ciclo vital para las mujeres, pero no para hombres. Además, algunos investigadores argumentan que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad a los efectos de tales factores de estrés crónicos en la salud debido al mayor estrés asociado por situaciones de desigualdad (Rieker & Bird, 2005).

Para finalizar esta sección, remarcar que la complejidad de las diferencias de sexo/género en el envejecimiento se extiende más allá de las nociones de desventaja social o biológica. Siguen existiendo lagunas en la comprensión de los antecedentes de tales diferencias, y con

respecto a las conexiones entre los procesos sociales y biológicos. En consecuencia, se necesita un modelo explicativo que integre y tenga en cuenta aquellos factores que son distintos y que propician la desigualdad de recursos, discriminación y otros tratamientos injustos entre mujeres y hombres para que ayude a comprender qué aspectos de la vida contribuyen a estas diferencias o desigualdades que se dan durante la vejez. Sobre todo, y especialmente, que explique cómo los factores sociales contribuyen a la paradoja de género en la salud donde las diferencias entre sexos son más obvias, incluyendo cómo afectan o interactúan con los procesos biológicos. Pues, hasta el momento, ni una interpretación estrictamente biomédica, ni una basada únicamente en los factores sociales explican adecuadamente por qué difieren hombres y mujeres. Una síntesis de estas perspectivas puede llevar adelante los muy necesitados diálogos e investigaciones interdisciplinarias para cerrar la brecha de conocimiento (Rieker & Bird, 2005).

#### **2.4.3. Indicadores de desigualdad de género en el envejecimiento**

En el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento que se celebró en Madrid en el año 2002, se visibilizaron aquellas áreas en donde se observan evidentes inequidades entre hombres y mujeres mayores y que, por tanto requieren políticas públicas que palien, amortigüen o eliminen estas situaciones de desigualdades entre géneros.

Fue a partir de este momento cuando se plantea la necesidad de un compromiso con la igualdad en las personas mayores mediante la supresión de la discriminación basada en el género, así como de todas las demás formas de discriminación. Si bien, tanto el hombre como la mujer son objeto de discriminación a medida que envejecen, las mujeres viven el envejecimiento de distinta forma. Éstas han debido enfrentar a lo largo de la vida un proceso de acceso desigual a las oportunidades y a los obstáculos, lo cual ha repercutido en un efecto acumulativo negativo en el bienestar social, económico y psicológico en la vejez de las mujeres (Naciones Unidas, 2003). El efecto de las desigualdades de género a lo largo de la vida se agrava con la vejez y con frecuencia se basa en normas culturales y sociales hondamente arraigadas.

A continuación, se expondrán algunos de los indicadores relevantes o temas clave en donde se hacen evidentes estas desigualdades y diferencias de género en las personas mayores, que nos proporcionan una visión de la situación de las personas mayores en España, así como de los cambios que ha experimentado en los últimos años, los cuales y a pesar de los

diversos planes de acción en materia de igualdad todavía están presentes en nuestro contexto socio cultural, éstos son: desigualdades en factores demográficos, en salud, en educación, en ingresos y economía, en redes de apoyo, en el entorno, violencia y abuso y en la percepción social.

#### ***2.4.3.1. Desigualdades en factores demográficos***

Como se ha visto en el capítulo anterior, el envejecimiento es mayoritariamente femenino y las mujeres tienen una expectativa de vida después de los 65 de 18 años a 23 años aproximadamente (Abellán et al., 2019, 2018; Abellán, Ayala, et al., 2017b). Además, existe una sobrerrepresentación femenina entre la población mayor de 80 años, que requiere también mayores necesidades de asistencia y ayuda. Esta mayor esperanza de vida de las mujeres está disminuyendo en algunos países debido a cambios en los estilos de vida, mostrando que los condicionantes estrictamente biológicos explicarían sólo el 20-25% de la variación de la edad de fallecimiento (Muñoz & Espinosa, 2008).

Pero a pesar de que las mujeres de nuestro país tienen una esperanza de vida más elevada que los hombres, por el contrario un indicador de la calidad de vida como es la esperanza de vida en buena salud (número de años esperados promedio que vive una persona en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad), es superior en los hombres, tanto al nacer como a los 65 años (Abellán et al., 2019, 2018; IMSERSO, 2011). Quizás, la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud (Corral, Castañeda, Barzaga, & Santana, 2010).

También, existen diferencias entre mujeres y hombres mayores en relación al punto de vista que tienen respecto a partir de cuándo una persona puede considerarse mayor. Por lo general, las mujeres, informan de identidades de edad significativamente más jóvenes que los hombres. La edad declarada media o “umbral” de la vejez (edad a la que la gente cree que se puede decir de alguien que es una “persona mayor”) se sitúa actualmente en los 68 años y es por tanto más alto que la referencia habitual de 65 años. El umbral se desplaza hacia edades superiores según avanza la edad de la persona, de forma que los jóvenes suelen ver a los mayores como viejos a edades más tempranas. También hay evidencia de que las personas con más estudios creen que una persona es mayor a edades más tardías que lo que declaran las personas con menor nivel de estudios (Pujol, Abellán, & Ramiro, 2014). Pero, las mujeres,

cuya esperanza de vida al nacer es superior a la de los varones en casi de siete años, retrasan la percepción del umbral de inicio de la vejez con respecto a los hombres, es decir, las mujeres consideran a una persona como mayor, más tardíamente que los hombres, alrededor de los 75 años (IMSERSO, 2011).

#### ***2.4.3.2. Desigualdades en Salud***

Existe una larga historia de investigación sobre inequidades de género en los resultados de salud, ya que muchos gerontólogos se han preocupado de entender, por ejemplo, por qué las mujeres sufren tasas más altas de enfermedades crónicas y los hombres enfrentan condiciones más peligrosas a edades más tempranas. Diversos estudios han demostrado que la brecha de género en salud y, en concreto, en las limitaciones funcionales aumenta con la edad y especialmente en las mujeres. Se ha dicho muchas veces que las mujeres viven más, pero viven peor. Las tasas de discapacidad muestran un perfil muy diferencial según el sexo, incrementándose, de forma significativa, en el caso de las mujeres según aumenta la edad como ya se ha comentado previamente (IMSERSO, 2011; Pujol et al., 2014). De tal modo que el proceso de envejecimiento difiere de manera importante entre los sexos, con mujeres que viven más tiempo pero con un mayor riesgo de fragilidad o vulnerabilidad. Existe una notable discrepancia entre la salud y la supervivencia de los sexos: los hombres son físicamente más fuertes y tienen menos discapacidades, pero tienen una mortalidad sustancialmente mayor en todas las edades en comparación con las mujeres. Este fenómeno se conoce como la *“paradoja de género en la salud y la supervivencia”* (Pongiglione, De Stavola, Kuper, & Ploubidis, 2016). Varias de las explicaciones propuestas para esta paradoja están enraizadas en interpretaciones biológicas, sociales y psicológicas. Evidenciando la posibilidad de que se deba a causas múltiples que incluyen diferencias biológicas fundamentales entre los sexos (como factores genéticos, respuestas del sistema inmune, hormonas y patrones de enfermedad). Así como las diferencias de comportamiento, tales como la asunción de riesgos o la reticencia a buscar y cumplir con el tratamiento médico que también pueden jugar un papel (Oksuzyan, Juel, Vaupel, & Christensen, 2008). Rohlfen y Kronenfeld (2014), en una investigación longitudinal, hallaron que las mujeres mayores eran más propensas que los hombres a tener limitaciones funcionales, pero la brecha de género no se agrandaba o reducía con el tiempo. Esto significa que la brecha de género en la aparición y severidad de las limitaciones comienza antes de la mediana edad y de la vejez en el grupo de las mujeres, lo que sugiere que la desventaja funcional se debe a una mayor duración de éstas en lugar de una

mayor incidencia de la discapacidad a edades tardías, apuntando de este modo a que la brecha de género se mantiene estable a lo largo del tiempo.

Otra posible explicación de por qué las diferencias de sexo en la salud existen, es que las mujeres y los hombres tienen riesgos diferenciales de padecer ciertas enfermedades o lesiones fruto de las diferentes actividades, hábitos y roles que desempeñan en la sociedad. De acuerdo con la Teoría de la “exposición diferencial”, las inequidades de género en la salud resultan de un sistema de estratificación social que diferencialmente asigna diferentes oportunidades a hombres y mujeres. Incluso, ciertos autores como Ahmed et al. (2016) llegaron a la conclusión de que los roles de género femeninos e indiferenciados son factores de riesgo independientes para una mayor discapacidad. En las sociedades más tradicionales, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de tener menores niveles de educación e ingresos, estar desempleadas, trabajar a tiempo parcial o participar en trabajos no remunerados (como el cuidado informal), circunstancias que afectan a una mayor exposición a riesgos de salud y un menor acceso a los recursos que pueden usarse para prevenir y curar enfermedades.

Por otro lado, Thielke y Diehr (2012) sostienen que la experiencia de envejecimiento con éxito es cualitativamente diferente entre hombres y mujeres. Los hombres no simplemente “envejecen más rápido” que las mujeres. Parece ser que una vez que la salud se deteriora, las tasas de mortalidad aumentan más para los hombres que para las mujeres y esto se muestra en los resultados en donde los impactos de ciertas enfermedades son incapacitantes para las mujeres, pero perjudiciales y mortales para los hombres.

Cuando se tiene en consideración la percepción subjetiva de salud, la evidencia empírica ha demostrado que las mujeres perciben más negativamente su salud que los hombres (IMSERSO, 2011; Morcillo, 2017; Morcillo, de Lorenzo-Cáceres, Domínguez, Rodríguez, & Torijano, 2014; Roqué i Figuls, Salvà, Bolívar, & Rivero, 2012). Por tanto, el sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva: en nuestro país, el 52.3% de los hombres mayores autovalora bien o muy bien su estado de salud, mientras que sólo el 40% de las mujeres de esta edad considera su salud como buena o muy buena (Abellán et al., 2019). Aunque si bien la evaluación subjetiva de la salud es más pobre entre las mujeres, esto no es cierto cuando se controlan los indicadores de funcionamiento, discapacidad y las enfermedades (Crimmins et al., 2011).

Otra serie de indicadores que correlacionan con la calidad de vida y la salud en el envejecimiento son el sobrepeso y la obesidad, la calidad del sueño y la práctica de actividad física (IMSERSO, 2011). Prácticamente, los niveles de envejecimiento saludable en general son menores en las mujeres en comparación con los hombres, en todas las categorías de edad, éstas tienen generalmente peor salud mental, peor función física, más dolor y una menor calidad de vida en comparación con los hombres (Jaspers et al., 2017). Finalmente, otra cuestión relacionada con la salud es la práctica de actividad física, que es un fuerte determinante del envejecimiento activo y saludable, en donde también se dan desigualdades entre mujeres y hombres, en general ésta es menor en las mujeres mayores españolas. Los obstáculos para su práctica son la continuación de la dedicación a lo familiar, las barreras culturales, la falta de apoyo, el asesoramiento sanitario y la baja autoeficacia percibida, es decir, sentirse menos competentes físicamente (Cooper et al., 2011; IMSERSO, 2011; Muñoz & Espinosa, 2008).

Por lo que se refiere las desigualdades de sexo/género existentes en la salud mental de las personas mayores, el sexo también es un fuerte determinante: las mujeres mayores presentan un riesgo más elevado de depresión y ansiedad, relacionado en parte con menores oportunidades de educación, empleo y desarrollo personal a lo largo de sus vidas. Pero autores como Vafaei, Ahmed, Freire, Zunzunegui y Guerra (2016), señalan que las elevadas tasas de depresión en las mujeres necesitan de mayor investigación, dada la interacción entre múltiples factores entre los que se encuentran roles ligados al género: las mujeres se sobrecargan por dar apoyo a otros sin la correspondiente reciprocidad (Muñoz & Espinosa, 2008). En la revisión de Girgus, Yang y Ferri (2017) en base a 85 estudios empíricos, se encuentra un apoyo sustancial para la diferencia de sexo/género en la depresión en personas de más de 60 años, indicando también que es necesario más investigación para determinar qué factores son los mejores predictores de esta diferencia entre sexos en la depresión en etapas avanzadas de la vida.

En suma, respecto a la salud de las mujeres mayores se puede confirmar que la perciben peor en términos generales que los hombres, y que los indicadores de calidad de vida ofrecen también resultados inferiores que los hombres. Las desigualdades que afectan a las mujeres mayores son reflejo de las que existen a lo largo de la vida debido a los factores culturales y biológicos (IMSERSO, 2011; Netuveli, Wiggins, Hildon, Montgomery, & Blane, 2006; Oksuzyan et al., 2010; Orfila et al., 2006; Zaninotto, Falaschetti, & Sacker, 2009;

Zunzunegui, Alvarado, Béland, & Vissandjee, 2009). Entre otras cosas, concretamente la peor autoevaluación de la salud de las mujeres es un reflejo de la mayor carga de morbilidad que sufren (Malmusi, Artazcoz, Benach, & Borrell, 2012), siendo los factores que más influyen en la calidad de vida en esta etapa la salud emocional y física previa, la situación social, los acontecimientos vitales estresantes y las creencias sobre la menopausia y el envejecimiento femenino en la cultura a la que se pertenece (Muñoz & Espinosa, 2008). En definitiva, y citando el estudio multinacional de Boerma, Hosseinpoor, Verdes y Chatterji (2016), se concluye que las grandes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la salud y el funcionamiento en el envejecimiento, ocurren consistentemente en todas las regiones del mundo, independientemente de las diferencias en los niveles de mortalidad o factores sociales, y además sugieren que una combinación de factores biológicos y desigualdades sociales respecto al género son los principales factores que contribuyen a la brecha de género en las medidas de salud autopercibida.

Por otra parte, cuando se analizan las diferencias entre sexos a nivel biológico, hay evidencias de que los hombres y las mujeres tienen patrones de envejecimiento distintos, en donde los factores de salud condicionan más la presencia de envejecimiento activo en las mujeres, mientras que los factores educativos también son relevantes en los hombres (Montero, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Rodríguez, 2011a). Por ejemplo, si nos detenemos en las diferencias de sexo en cuanto a los aspectos fisiológicos (incluida la anatomía del cerebro), en general, la morfología cerebral en ciertas regiones muestra diferentes patrones de cambios relacionados con la edad para los hombres y las mujeres: los cerebros masculinos contienen más neuronas en áreas específicas del cerebro y son por lo tanto, más grande en volumen. Las mujeres, sin embargo, muestran una mayor complejidad en áreas frontales y parietales, que en conjunto aumenta la superficie cortical. A nivel celular, las mujeres parecen tener más materia gris y los hombres más sustancia blanca. En principio los cerebros de las mujeres están organizados más simétricamente que los cerebros de los hombres (Kryspin-Exner et al., 2011). Pero es en el proceso de envejecimiento cuando las diferencias de sexo son más evidentes y las deficiencias causadas por este proceso son más propensas a que ocurran en hombres que en mujeres (Azad, Al Bugami, & Loy-English, 2007). En los hombres, con la edad, experimentan una mayor reducción del volumen cerebral que en las mujeres, especialmente en los lóbulos frontal y temporal, pero también en todo el cerebro. Esto podría conducir a más déficits en las funciones ejecutivas en hombres. Por su

parte, en las mujeres también hay reducciones más acusadas en el hipocampo y el lóbulo parietal que en hombres, lo que posiblemente podría llevar a más déficits en las funciones de memoria en mujeres. Aunque, si bien es cierto, hay muchos hallazgos contradictorios durante esta etapa de la vida (Kryspin-Exner et al., 2011; Wallentin, 2009).

Además, según Kryspin-Exner et al. (2011), el tema de las influencias hormonales en la función cerebral, puede considerarse como un campo emergente en la neurociencia, que se espera que contribuya considerablemente a la comprensión de las diferencias de género dado que los niveles de las hormonas sexuales cambian con la edad, en especial en las mujeres menopáusicas.

Otro fenómeno psicológico complejo es el estrés, en particular, se cree que el estrés está relacionado con cambios microestructurales en esas estructuras cerebrales que son de particular importancia para el procesamiento de la información. Nuevamente, no hay evidencia clara de diferencias de sexo/género en las personas de edad con respecto a las reacciones al estrés. Aunque, en general, se argumenta que lidiar con el estrés podría ser diferente en mujeres y hombres. Sin embargo, esto podría ser una ilustración de que hombres y mujeres activan diferentes áreas del cerebro y tienden a usar diferentes estrategias de resolución de problemas. Las mujeres abordarían los problemas de una manera bastante holística, mientras que los hombres lo hacen de una manera más enfocada. El entorno explica parte de las diferencias de sexo/género en la salud, y esto podría estar mediado por el estrés. De hecho, las mujeres y los hombres difieren en su exposición y sus reacciones a los factores estresantes: las mujeres experimentan más factores estresantes crónicos y amenazantes que los hombres (Mayor, 2015). En resumen, las personas mayores parecen ser más competentes para resolver problemas cotidianos que las personas más jóvenes, ya que combinan de manera más eficiente estrategias de regulación emocional e instrumental (Kryspin-Exner et al., 2011).

La enfermedad de Alzheimer es otro ejemplo de mayores tasas de prevalencia en mujeres. Sin embargo, cuando se toman en cuenta la mayor esperanza de vida y las tasas de supervivencia en las mujeres, después del diagnóstico, no es el género sino la edad lo que parece constituir el principal factor de riesgo para la demencia (Kryspin-Exner et al., 2011; Lindenberger, Smith, Mayer, & Baltes, 2010; Max Planck Institute for Human Development, 2017). Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo en España, con el fin de determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años, encontraron que aunque el deterioro cognitivo fue más frecuente entre las mujeres y las personas que viven sin pareja,

estas características no se asociaron significativamente con un mayor riesgo, lo que se asoció con un menor riesgo fue un nivel educativo alto (Rodríguez-Sánchez et al., 2011). Básicamente, existe controversia en torno a un mayor grado de deterioro cognitivo en las mujeres mayores por la influencia de factores como la mayor longevidad, pero también el posible sesgo diagnóstico en las consultas y la discriminación cultural (Ratigan, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 2016). En general, todas las diferencias entre sexos encontradas hasta ahora son tan modestas que no llegan a la relevancia suficiente como para tomarlas en serio.

#### ***2.4.3.3. Desigualdades en Educación***

En general, según datos elaborados por el INE en España (Abellán et al., 2019), el nivel educativo de los mayores españoles es muy precario en relación al de la población más joven. Entre los mayores aún quedan importantes bolsas de analfabetismo y población sin estudios que son un reflejo de las situaciones de escasez dotacional (escuelas, maestros) y condiciones de vida y desarrollo, que no les permitieron entrar o seguir en el sistema educativo. Las generaciones de jóvenes actuales son las más instruidas de la historia. Se espera que en el futuro, las cohortes que alcancen la vejez serán más instruidas que las actuales y que, por tanto, tendrán más recursos para afrontar situaciones problemáticas. Los datos son todavía más desalentadores para las mujeres mayores dado que las tasas de analfabetismo son muy altas (por cada hombre analfabeto hay tres mujeres analfabetas) (IMSERSO, 2011; Muñoz & Espinosa, 2008). Además, como se ha visto previamente, el bajo nivel educativo es un determinante social de la morbilidad y la mortalidad. La precariedad educativa de su generación se justifica por el contexto social e histórico que les tocó vivir (muchos de ellos vivieron la Guerra Civil y la Postguerra), y en especial porque las mujeres eran discriminadas respecto a los hombres en la integración al sistema educativo. La causa de ello se relaciona con la asignación social de funciones según género. La educación del varón era necesaria por ser el que debiese aportar los ingresos en el hogar. La mujer no necesitaba formación, excepto para la administración doméstica. En aquella época, a la mujer se la educaba para las tareas domésticas y al hombre para trabajar (Hernández, 2000).

La educación es uno de los ámbitos donde la diferencia entre la situación de las mujeres de más de 65 años y las de 40 años es actualmente mayor, no solamente en los niveles más elementales, sino en la participación de las mujeres mayores en estudios universitarios (IMSERSO, 2011). Lo cual supone una desventaja, dado que en general, las personas mayores

con estudios superiores tienen niveles de renta más elevados y esto condiciona las formas de vida y el acceso a los recursos. Las mujeres mayores, por lo general, tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan así a la vejez con desventajas económicas y sociales.

A pesar de ello, el menor nivel educativo de las mujeres mayores no es un impedimento para el interés que muestran en desarrollar actividades relacionadas con la formación y el aprendizaje. Tal y como muestran las estadísticas, la predisposición de llevarlas a cabo, especialmente las mujeres mayores de 65 años, es mayor que la de los hombres, incluso con la desventaja de partida de su menor nivel de instrucción. Así, según recoge el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (IMSERSO, 2011), sólo el 3.8% de los hombres de esta edad tenían intención de aprender o seguir aprendiendo, porcentaje que se incrementa hasta el 6.8% cuando hablamos de las mujeres. En la investigación de Villar y Celdrán (2013) que examinaba la participación de las personas mayores españolas en actividades de aprendizaje formal, uno de los principales hallazgos fue evidenciar que la participación de las personas mayores en actividades educativas está desequilibrada. Específicamente, las mujeres tienden a estar más involucradas tanto en actividades educativas formales como informales. Por lo tanto el género es un predictor para la participación en los programas formativos entre las personas mayores españolas (Villar, Serrat, & Celdrán, 2016).

Por otra parte, esta tendencia parece romperse en el caso del aprendizaje de las nuevas tecnologías. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) pueden ser una herramienta que contribuya al envejecimiento activo. En el actual contexto socioeconómico, la brecha digital de género, que se refiere a la brecha digital entre hombres y mujeres en cuanto a su nivel de las habilidades digitales cruciales, y que las mujeres en muchas ocasiones refieren un uso y desarrollo relativamente inferior al de los hombres, así como a la falta de acceso (Funcas, 2017), todavía es más profunda en las categorías de personas mayores o muy mayores y constituye una fuente de desigualdad a la que también hay que prestar atención desde la perspectiva de la estructura social (Caridad & Ayuso, 2011). El desconocimiento de las TIC por una gran mayoría de mujeres mayores trae como consecuencia su dificultad para realizar determinados trámites administrativos, de comunicación, comerciales, etc., generando situaciones de dependencia que no corresponden con sus habilidades y potencialidades (IMSERSO, 2011). Esta situación es fruto de las desigualdades en la educación durante su niñez y juventud, y por consiguiente, al acceso a trabajos remunerados. Son varios los autores

que resaltan la importancia del uso de TIC en las personas mayores y en especial para las mujeres porque ayudaría a este colectivo a incrementar la comunicación, evitar el aislamiento y la soledad y, en suma, a promover un envejecimiento activo y saludable (Caridad & Ayuso, 2011; Casado-Muñoz, Lezcano, & Rodríguez-Conde, 2015). El interés manifiesto de las mujeres mayores por la formación, pone de relevancia que, para la mujer, la edad supone una oportunidad para aprender, una etapa con posibilidades de mejora de su inserción social y de autorrealización, siempre que se le ofrezcan las opciones adecuadas.

#### ***2.4.3.4. Desigualdades en ingresos y economía***

Los ingresos económicos son significativamente inferiores en las mujeres mayores respecto a los varones, debido por un lado, al limitado acceso al mercado laboral y, por otro, por las menores retribuciones recibidas, asociadas a los trabajos de escasa cualificación que realizaron. La discriminación en políticas de empleo y salarios perjudica diferencialmente a sus ingresos tras la jubilación. La consecuencia directa de esta discriminación se traduce en que son mayoría las mujeres que carecen de ingresos propios, que viven y dependen de las pensiones no contributivas, o bien viven de la pensión de jubilación del marido. De tal forma que el número y la proporción de mujeres mayores en situación de pobreza relativa son superiores al de los hombres. El alto nivel económico es más protector en los hombres que en las mujeres: en ellos existe una correlación lineal inversa entre niveles de renta y mortalidad que no es significativa en mujeres. Las ancianas con altos niveles de renta presentan sólo un 8% de disminución de la mortalidad frente al 20% en varones de mayor renta (Muñoz & Espinosa, 2008).

En nuestro país, además el riesgo de pobreza tiene una mayor probabilidad en el colectivo de las personas mayores respecto a las de otras edades (Abellán et al., 2017), y todavía más en el colectivo de mujeres mayores, en este sentido también se podría hablar de la feminización de la pobreza (IMSERSO, 2011). Según el reciente informe del IMSERSO (2017), el sexo es una variable explicativa de la diferencia entre el riesgo de pobreza de los hombres y las mujeres mayores en todos los países Europeos a excepción de Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo y Polonia (en estos cuatro últimos países, es mayor para varones que para mujeres, mientras que en Bélgica no existen diferencias). En España, la tasa de riesgo de pobreza de las mujeres es dos puntos superior a la de los hombres. Un 13.2% de las mujeres mayores viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014). Aunque la tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores de

65 años ha ido disminuyendo en los últimos años, desde el 41% en el año 2009 hasta el 10% en 2013, sin embargo, en 2017 se ha vuelto a incrementar hasta 14.8% (Abellán et al., 2019). Se ha de tener en cuenta, no obstante, que la tasa de pobreza es un indicador relativo, por lo que los datos indican que, comparativamente, aunque las personas mayores que se han empobrecido en este último período lo han hecho en menor medida que otros segmentos de la población, dado que la crisis económica ha matizado este riesgo frente a otros colectivos de población más afectada por las variaciones del mercado laboral (IMSERSO, 2017). El otro factor que incrementa el riesgo de pobreza de las personas mayores es vivir en un hogar unipersonal afectando este suceso de manera particular en las mujeres dado su mayor esperanza de vida y por lo tanto en la mayor posibilidad de enviudar.

Por otra parte, las mujeres mayores suelen manifestar en mayor medida en diversas encuestas que se sienten más ocupadas (70%) que los hombres (66.8%) en general. Esto puede explicarse por el mayor tiempo de dedicación en las tareas del hogar o trabajo doméstico, dado que en esta generación de personas mayores el reparto de tareas sigue la asignación tradicional de roles en función del género. Aunque si bien es cierto que los hombres se van incorporando a las tareas del hogar una vez iniciada la edad de jubilación, todavía existe un desigual reparto de funciones y labores, una división de lo público y lo privado, de manera que los hombres se ocupan más de las pequeñas reparaciones domésticas, gestiones de carácter externo y acompañamientos a compras (tareas no diarias). En cambio, las mujeres se ocupan mayoritariamente de las tareas específicas del hogar y cuidado, respecto a la limpieza y orden, cuidado de ropa y compra, entre otras tareas varias (IMSERSO, 2011; Rodríguez, Rodríguez, Castejón, & Morán, 2013). La mayor dedicación de la mujer mayor a los cuidados y a la atención familiar es un aspecto que no disminuye con la edad. Autores como Arber y Ginn (1996) han sugerido que la división sexual del trabajo vigente en las etapas anteriores a la vejez se mantiene, pero de forma menos rígida. Y todavía, en nuestro contexto social, este tipo de trabajos (domésticos, no remunerados) se realizan mayoritariamente por mujeres, algo que se mantiene incluso cuando ambos componentes de la pareja, hombre y mujer, trabajan fuera del hogar. En particular, esta división del trabajo conllevaría la asignación de las tareas de cuidado, como componente que se considera del trabajo doméstico, a las mujeres (Crespo & López, 2008). El claro género femenino de los cuidadores se corresponde con unas expectativas no escritas sobre quién debe cuidar, que aparecen en muchas sociedades, incluida la nuestra, desigualdades de género que están pautadas por la socialización de género, pero que también están en constante regeneración,

pues hay que tener presente que la vida familiar en España, al igual como sucede en el resto de la Unión Europea, se encuentra inmersa en un profundo proceso de cambio que afecta a todas sus dimensiones. El hombre ha dejado de ser el único miembro que aporta ingresos a la unidad familiar y cada vez son más las familias, que son sostenidas por ambos cónyuges, lo que les obliga a compaginar a ambos la esfera pública, social y laboral con las responsabilidades de atender adecuadamente sus hogares y proporcionar educación y cuidados a los hijos.

Hoy en día, hombres y mujeres mayores tienen un importante papel como personas que realizan actividades indispensables para el bienestar social como son el trabajo doméstico y de cuidados (Aguirre & Scavino, 2016). El reconocimiento de estos trabajos invisibilizados como tales, en la última etapa del curso vital, echaría luz sobre la contribución de las mujeres mayores al bienestar social y familiar. La flexibilización de los roles y la división sexual del trabajo durante la vejez, ha sido evidenciada en estudios antecedentes (Freixas, 1997; Freixas, 2008), a través del aumento de la participación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidado, sumado a una despreocupación por el cumplimiento de funciones de provisión económica, en relación a otros momentos del curso vital. Esta flexibilización de los mandatos en los varones, se plantea como un panorama para revisar los roles de género durante la vejez avanzada. Las mujeres declaran estar menos exigidas y no tan preocupadas por el mantenimiento del hogar como antes (Aguirre & Scavino, 2016).

Por lo que se refiere a las preferencias en cuanto a actividades de ocio y tiempo libre, también se observan desigualdades de género, por una parte, las mujeres mayores manifiestan pasar más tiempo escuchando la radio o viendo la televisión en casa o realizando manualidades (ámbito privado) y por otra, los hombres, informan en cambio, de realizar actividades más dirigidas al ámbito público, tales como pasear, estar con amistades o acudir a cafeterías o centros de mayores (IMSERSO, 2011). En el estudio de Villar, Triadó, Solé y Osuna (2006) donde exploraron el patrón de actividades cotidianas y deseadas en una muestra de personas mayores, mostró que las mujeres pasan más tiempo solas y mencionan más a la familia e hijos, mientras que los hombres pasan más tiempo con amigos. De modo que el hogar es especialmente relevante para ellas, mientras que los lugares públicos lo son más para los hombres. Aunque estos autores añaden algunas matizaciones a estas conclusiones, ya que estas diferencias es probable que estén muy ligadas a efectos generacionales y quizá por ello se mitiguen en el futuro, cuando las cohortes ahora jóvenes (y más igualitarias) envejezcan.

En otro ámbito donde surgen desigualdades de género es en la participación social de las personas mayores en la sociedad. En general, el voluntariado suele tener una mayor aceptación por parte de las mujeres mayores que en los hombres mayores (IMSERSO, 2011). En el estudio realizado por la Fundación Pilares (Rodríguez et al., 2013), se evidenció que las mujeres tienen una mayor presencia en las ONG, organizaciones religiosas y asociaciones de personas mayores. Por el contrario, los hombres tienen un mayor peso en partidos políticos, sindicatos, organizaciones deportivas, asociaciones de tipo cultural y de vecinos. Y todavía las mujeres mayores están aún más infrarrepresentadas en los puestos de liderazgo, decisión, poder y representación social. En resumen, un punto fuerte de las mujeres mayores es su capacidad para crear redes de amistad y comunicación, y una mayor tendencia a realizar trabajo voluntario en su comunidad (Muñoz & Espinosa, 2008).

#### ***2.4.3.5. Desigualdades en las Redes de apoyo: la soledad***

Si nos atenemos a la Encuesta de Personas Mayores realizada por el INE en el año 2010, el 84% de las personas mayores en España viven acompañados y el 16% de las personas mayores viven solas. La mayoría son mujeres que viven en el medio rural. También casi la mitad de las personas mayores viven en hogares de dos personas, y a medida que se avanza en edad se vuelve a convivir con hijos, sobre todo hijas, es decir, más de la mitad de las personas mayores viven con su cónyuge y el 37% de los mayores de 80 años viven con sus hijos (IMSERSO, 2011). Según el informe *El Envejecimiento activo en las mujeres mayores de CCOO* (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014), la mayor parte de las personas mayores viven en familia (en pareja o en hogar multigeneracional), aunque las mujeres muestran una mayor variabilidad. Los hombres viven en un porcentaje muy superior en pareja (47% en datos de 2008), mientras que las mujeres viven solas en una proporción considerablemente mayor (más del doble) que los hombres (CSIC, 2017). Por consiguiente, las mujeres mayores son las que más sufren la soledad. En España, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad duplica a la de hombres (2017: 29.9% frente a 17.7%) (Abellán et al., 2019).

La soledad no deseada produce, entre otras muchas cosas, la falta de actividad física así como la falta de contactos personales, y facilita la entrada en estados depresivos y de dependencia, es decir, a situaciones de vulnerabilidad. Pero también, al mismo tiempo, la soledad supone un reto y una oportunidad de desarrollar una autonomía e independencia para las mujeres, desconocida anteriormente por muchas de ellas, que les permite traspasar el

umbral de la vida privada a la pública (IMSERSO, 2011). En relación a este punto habría que preguntarse si estas diferencias en relación a las formas de convivencia se producen como consecuencia de roles de género socialmente considerados, o si responden a la realidad biológica de las diferentes posibilidades de supervivencia de hombres y mujeres, donde las mujeres experimentan mayores tasas de viudedad y mayor esperanza de vida.

En muchas ocasiones, el estado civil de las personas mayores determina la estructura de los hogares y las formas de vida. Si consideramos al estado civil y las formas de convivencia de las personas mayores de 65 años, encontramos importantes diferencias de género. Así, 11.88% de las mujeres mayores de 65 años eran viudas frente a un 2.44% de los varones mayores. Del total de personas mayores que se encuentran en este estado civil (viudas), el 83.5% son mujeres (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014). Los datos más recientes publicados sobre este tema (Abellán et al., 2019), señalan que el 60.5% de las personas mayores están casadas (77.9% de los hombres, 47.3% de las mujeres) y el 28.9% viudas (11.5% y 42.2% respectivamente). Así pues, las formas de convivencia de hombres y mujeres mayores muestran amplias diferencias entre sexos: si nos detenemos en las personas mayores que viven solas, se destaca que hay más de tres mujeres mayores de 65 años que viven solas (casi el 78%) por cada varón que vive solo. Los roles tradicionales de género podrían influir en que el hombre que se quedase solo (normalmente por fallecimiento de la esposa), podría recurrir a otras formas de convivencia (con los hijos u otros familiares), mientras que las mujeres asumirían o preferirían en un mayor porcentaje vivir en soledad (Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, 2014).

Diversos estudios han constatado que la convivencia, ya sea con la pareja u otros familiares o personas, tiene una influencia directa en la calidad de vida: aminorando los riesgos de exclusión y pobreza, evitando las consecuencias negativas de la soledad, en relación al cuidado y la salud, etc. Así, la mayor longevidad de las mujeres tiene como consecuencia que haya un mayor porcentaje de ellas que vivan solas y, además, que lo hagan durante más tiempo, circunstancia que contrasta con la menor preferencia que manifiestan de vivir solas que los hombres (un 16% menos), dado que ellas tienen un mayor sentimiento constante de soledad: un 13.4% frente al 8.6% de los hombres, pero a su vez una mayor aceptación de sus circunstancias (IMSERSO, 2011). Ya se decía anteriormente que esta cuestión, la soledad, además de estar relacionada con la mayor esperanza de vida de las mujeres, tiene una relación directa con los mayores niveles de autonomía. Los varones solos

acuden, generalmente, a otras formas de convivencia (parejas, hijos e hijas, residencias, etc.). Con todo ello, los hogares unipersonales tienden a incrementarse y son mayoritariamente femeninos como ya se ha comentado (CSIC, 2017; IMSERSO, 2011). En cuanto a la proporción de personas que declaran vivir en residencias, se puede destacar que se mantiene la misma diferencia entre hombres y mujeres ya que, a pesar de que las residencias de personas mayores van siendo más comunes, la población que vive en ellas está compuesta por el doble de hombres que de mujeres, y esta proporción va aumentando a medida que lo hace la edad.

Otro aspecto a considerar es que en nuestro contexto socio-cultural, es frecuente la relación entre las personas mayores con los nietos, y en este caso, en las abuelas como es habitual, la frecuencia de contacto y de relación es bastante más elevada. Casi la mitad de los abuelos y abuelas cuidan a sus nietos todos los días. Los abuelos están empezando a cuidar más a los nietos que las abuelas, pero las abuelas los cuidan más tiempo. En general, podemos remarcar el fuerte apoyo familiar entre generaciones, tanto de padres a hijos (cuidado de nietos; ayuda económica), como de hijos a padres (los hijos proporcionan la mitad del cuidado, en especial las hijas, un 40% también prestan ayudas en tareas hogar y un 13% de los hijos ayudan en diversas tareas) (IMSERSO, 2010a, 2011). En general, las personas mayores siguen estando muy satisfechas con sus relaciones familiares. Un 68% de las personas mayores tienen contacto diario con sus hijos y un 37% con sus nietos. Pero particularmente, las mujeres mayores (90%) manifiestan un alto grado de satisfacción con las relaciones familiares, algo superior a la de los hombres.

Las encuestas también evidencian que en relación a las relaciones de amistad, son las mujeres las que más satisfechas están (78%). En general las mujeres mantienen redes sociales más amplias que los hombres, lo que les produce un alto grado de satisfacción y además su círculo de amistades aumenta o se mantiene después de la jubilación o de cumplir 65 años. En contraposición, los hombres, cuyo retiro del mundo laboral lesiona parte de las redes sociales creadas alrededor de éste (IMSERSO, 2011). Los puntos de encuentro para desarrollar estas relaciones son diferentes entre hombres y mujeres, es habitual que ellos, acudan a encontrarse con amigos en un centro cívico, bar, o incluso en un parque. Mientras que las mujeres mayores, ya hayan sido amas de casa o hayan trabajado fuera del hogar, utilizan espacios públicos relacionados con sus tareas del hogar (tiendas, mercados, centros comerciales), las visitas a los domicilios y el contacto telefónico. Aunque todavía existen grandes diferencias

entre los hábitos en el mundo rural y urbano, en este último, van en aumento los encuentros de mujeres en cafeterías y lugares similares (IMSERSO, 2010a, 2011).

#### ***2.4.3.6. Desigualdades del entorno: vivienda y comunidad***

En lo referente a la vivienda, según la *Encuesta de Personas Mayores* (IMSERSO, 2010a), el 83% de las personas mayores son propietarios de una vivienda. Las mujeres mayores por lo general, suelen hacer uso de su vivienda habitual durante un periodo más largo de tiempo que los hombres. La razón de ello es básicamente su mayor esperanza de vida, siendo más probable que enviuden antes que ellos, ya que por circunstancias culturales y sociales generalmente suelen haber diferencias de edad entre los dos miembros de la pareja. Además, en relación con los bajos ingresos y con la viudedad, las mujeres mayores tienen menos posibilidades de reparar, modificar o adaptar su vivienda a las necesidades del envejecimiento (Muñoz & Espinosa, 2008). A una edad más avanzada, se puede necesitar que la vivienda precise de unas características o condiciones adecuadas dadas las posibles limitaciones funcionales y la mayor morbilidad que experimentan las mujeres. Por consiguiente, la adaptación de la vivienda es algo fundamental, pero se da la paradoja de que precisamente los menores ingresos de la mujer mayor haga imposible la financiación de estas adaptaciones condicionando su calidad de vida (IMSERSO, 2011).

Por lo general, las mujeres mayores se ven más afectadas por los entornos físicos desfavorables. Además, hay más mujeres ancianas en el medio rural, en situación de aislamiento y desprotección, junto con el “miedo” permanente a ser trasladadas a vivir a la ciudad si pierden su autonomía (Muñoz & Espinosa, 2008). Las personas mayores que viven en contextos rurales tienen necesidades específicas que se derivan del tipo de hábitat y de la insuficiencia e inadecuación de servicios que se ubican en ellos. Además, en la sociedad rural funcionan de forma muy marcada los roles de género de modo que la desigualdad de género es un problema social que persiste aún en toda la población española pero más aún en el ámbito rural (Monreal-Bosch, Gifre, & del Valle, 2013). Por otra parte, las mujeres mayores tienen menos posibilidades de autonomía en los desplazamientos debido a la menor proporción de mujeres mayores que disponen de automóvil propio, en relación con los hombres mayores y, por tanto, mayor dependencia para el acceso a servicios sanitarios, sociales y de ocio (Muñoz & Espinosa, 2008).

#### **2.4.3.7. Violencia y abuso**

La violencia machista en la población mayor es una realidad poco estudiada y parece ser una realidad invisibilizada a la que se enfrentan las mujeres mayores. Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a finales del 2015, hubo un total de 60 mujeres asesinadas. La violencia de género entre las personas mayores también se hace latente con un 8.1% de víctimas con edades entre 65 y 74 años. Los datos de dicha macroencuesta de 2015 mostró que las mujeres mayores consideran, en mayor porcentaje que el resto, sufrir violencia de género por parte de su pareja actual en forma de control (un 9.7% de las mujeres de 65 y más años), violencia emocional (un 8.2% de ellas) y violencia económica (2.4%) (CSIC, 2017). Además, se recoge que un 7.5% de las mujeres entre 65 y 74 años y un 4.3% de las mujeres de más edad han sufrido violencia por parte de alguna de sus parejas a lo largo de la vida. El uso de los recursos existentes para paliar estas situaciones de violencia doméstica son menos usados por las mujeres mayores. Según la encuesta, sólo un 22% de las mujeres que han sido víctimas de violencia física, sexual o miedo ha acudido a la policía y un 33.8% a algún servicio sanitario o social. También ellas son las que menos comunican sus experiencias, ya que sólo el 62.7% de ellas ha comentado los hechos con alguna persona conocida (amiga, pariente, etc.) frente al 77.8% para el resto de mujeres. Las mayores dificultades que presentan las mujeres de más edad para defenderse, solicitar ayuda o conocer sus derechos las hacen un grupo especialmente vulnerable. El estudio pone de relieve que tienden a ocultar las situaciones de violencia, temen denunciar y enfrentar a rehacer sus vidas o romper con sus familias (CSIC, 2017). Además, tienen más dificultad para reconocer las situaciones de maltrato, ya que las tienen incorporadas como modelo de relación o porque admitir el abuso dentro del propio hogar les resulta muy doloroso. A esto se suma la falta de recursos específicos para abordar la problemática específica de las mujeres mayores y los servicios existentes pueden no ser apropiados para éstas.

#### **2.4.3.8. Desigualdades en las percepciones e imagen de la vejez**

La imagen personal de las mujeres mayores, respecto a sí mismas y la que la sociedad proyecta sobre ellas es un tema a considerar, y en donde también surgen desigualdades de género. Freixas (2008) señala que las privaciones más importantes con que se enfrentan las mujeres al envejecer tienen su origen en los estereotipos sociales acerca de la vejez que las limitan e invisibilizan, y también en los pensamientos y las ideas que ellas mismas mantienen

acerca de la edad mayor, que las inducen a la desmoralización. Tanto los hombres como las mujeres visualizan la vejez a través de los otros, es decir por la apariencia física y los momentos de mala salud que viven personas de su generación, además la visualizan por medio de los recuerdos del pasado que los invitan a recordar el aspecto y la proyección física que tuvieron y las actividades sociales que compartieron. Otra manera con la que las personas mayores, hombres y mujeres, confrontan la realidad de la vejez, es a través de las estigmatizaciones sociales atribuidas a dicha etapa y que están latentes en el discurso de los demás grupos de edades de la población y que en cierta medida los obliga a asumir esa “representación social” (Rozas, 2014). En este sentido, Woodward (1999) sugiere que envejecer es adentrarse en un proceso progresivo de invisibilidad que resulta especialmente evidente para las mujeres mayores, dándose la paradoja de que si bien el cuerpo de las mujeres mayores es invisible (ya no se las ve), resulta, sin embargo, hipervisible (su cuerpo viejo es “todo” lo que se ve). Para Calasanti (2004b), nuestra cultura nos enseña a sentirnos mal acerca del envejecer y a empezar a sentirlo pronto, rebuscando en nuestros cuerpos ansiosamente los signos de decadencia y declive. Las estrategias de enmascaramiento y ocultamiento de la edad refuerzan el edadismo social al informar de que hay algo en el cuerpo y en la vida de los mayores que debe ser ocultado, confirmando que envejecer es algo vergonzante. En la cultura obsesionada por la juventud y la belleza, los signos físicos del envejecer son señal de fracaso personal. Incluso el cine trata mal a las personas mayores y de diferente modo a hombres y mujeres mayores, lo que perpetúa su imagen social (Pinazo-Hernandis, 2013; Pinazo-Hernandis & Núñez-Domínguez, 2016).

Cuando la mujer mayor alcanza determinada edad, tiene que superar el obstáculo de que mientras que a los hombres mayores se les acepta como portadores de cierto atractivo, no sucede lo mismo con ellas, dado que en nuestra sociedad la belleza está ligada a la juventud y hay más estereotipos sociales negativos hacia la mujer mayor, sobretodo el de su mayor vulnerabilidad, fragilidad y el de no valerse por sí mismas y necesitar cuidados. Según el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (IMSERSO, 2011), el 36.2% de los españoles declaran tener esta percepción social de las mujeres mayores. Esto puede generar consecuencias negativas en el nivel de autoestima de las mujeres mayores, prejuicios que suponen un obstáculo ya que limitan su desarrollo y favorecen la discriminación.

## 2.5. Equidad de Género y Envejecimiento Activo

El concepto de envejecimiento activo y saludable ha adquirido una importancia normativa significativa en la política social europea en el siglo XX, tal y como se reflejó en el Año Europeo 2012 del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, con lo que se pretendía sensibilizar a la población sobre la contribución de las personas mayores a la sociedad y promover medidas que generen mejores oportunidades para que mujeres y hombres mayores sigan en activo. A pesar de esta creciente prominencia, los problemas de las posibles desigualdades en el envejecimiento activo o en la capacidad de envejecer activamente han recibido mucha menos atención en el discurso normativo y también en la investigación. Aún así, el estudio de las desigualdades en los recursos necesarios para llevar una vida satisfactoria es de gran relevancia en el contexto del discurso del envejecimiento activo y saludable, puesto que la disponibilidad de estos recursos puede tener un impacto profundo en la capacidad del individuo para el bienestar y la calidad de vida en la vejez. De hecho, las elecciones promovidas por el discurso del envejecimiento activo rara vez son igualmente posibles para hombres y mujeres, para individuos de altos y bajos ingresos y para miembros de grupos socialmente desfavorecidos (Ilinca, Rodrigues, Schmidt, & Zolyomi, 2016).

En distintas investigaciones que se han llevado a cabo sobre revisiones de estudios que analizan las definiciones existentes de envejecimiento con éxito, en general coinciden en que el envejecimiento exitoso es un concepto multidimensional y complejo y que exhibe heterogeneidad en relación al género (Cosco, Prina, Perales, Stephan, & Brayne, 2013; Depp & Jeste, 2006; Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2010). Y en concreto, respecto a las diferencias de sexo/género, parece ser que en nuestro contexto socio-cultural una variable predictora del envejecimiento con éxito es ser hombre (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Perales et al., 2014; Rodríguez-Laso, McLaughlin, Urdaneta, & Yanguas, 2017).

Para Foster y Walker (2013), en los Estados miembros de la Unión Europea aún se carece de un enfoque coherente e integrado, así como de una comprensión clara de las implicaciones del género en las estrategias de envejecimiento activo (Walker, 2009). La importancia crítica del género en relación con numerosos aspectos de una sociedad que envejece, incluidas las diferencias en el acceso a la salud y la educación, las responsabilidades domésticas y de cuidado, la participación remunerada en el mercado laboral y las pensiones, no están

suficientemente incorporadas en las actuales estrategias de envejecimiento activo. En la práctica, la mayoría de las políticas son ciegas al género y no se dirigen explícitamente a las mujeres mayores, a pesar de su mayor representación entre la población de mayor edad.

Las principales dimensiones que se consideran originarias de las desigualdades en la vejez son principalmente el género y el estatus socioeconómico, bien sea representado por ingresos y/o nivel educativo. Es decir, entre las muchas explicaciones sociales sobre las diferencias entre las mujeres y los hombres en lo que respecta a la salud y al envejecimiento, las relacionadas con el estatus socioeconómico y los roles sociales han recibido la mayor parte del apoyo empírico (Mayor, 2015). De hecho, algunas, si no la mayoría, de las diferencias no fisiológicas entre mujeres y hombres se construyen socialmente y no biológicamente.

La identificación de diferencias de sexo/género conlleva principalmente a la búsqueda de las desigualdades o iniquidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el envejecimiento activo y saludable. Porque la iniquidad se refiere a las diferencias que son innecesarias, evitables e injustas y que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. Por el contrario, la equidad se refiere a la imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres y constituye, por tanto, un imperativo de carácter ético y moral asociado a los principios de los derechos humanos y de la justicia social. Las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades que pueden ser rectificadas en aras de disminuir el desbalance entre sexos y lograr la equidad, y en este caso, en relación al logro de un envejecimiento saludable, activo o con éxito. La equidad de género pues, toma en cuenta las diferencias entre los sexos y evita que se transformen en manifestaciones de exclusión social. Considera la igualdad en el acceso a las oportunidades, pero no, la de los resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la capacidad individual (Castañeda, 2014).

De este modo, el análisis de las desigualdades o diferencias de sexo/género en la vejez tiene como objetivo transversalizar el análisis de género en la investigación social a lo largo del ciclo vital, cuestión que se justifica aún más por la persistencia de las desventajas específicas de género que enfrentan las mujeres o los hombres. Es decir, las desigualdades en el envejecimiento dependen esencialmente de la acumulación de desventajas a lo largo del curso de la vida. Tanto las experiencias de vida como las oportunidades que han estado disponibles para cada persona a lo largo de su vida, determinarán en gran medida la experiencia del envejecimiento y el estado social y económico en la vejez. Por ejemplo,

debido a sus roles reproductivos y la persistente discriminación en el mercado laboral, es probable que las mujeres vean reducido su potencial de ingresos a lo largo del ciclo vital, con importantes implicaciones para la disponibilidad de recursos financieros cuando se jubilan. Además, las experiencias de envejecimiento de las mujeres a menudo son considerablemente diferentes a las de los hombres. Generalmente, ellas encuentran más barreras en las oportunidades a lo largo de su vida, con consecuencias significativas para los años posteriores.

La interacción de las desigualdades de género, así como el estatus socioeconómico y otros factores (por ejemplo, etnia, religión, ruralidad, estado civil o nivel educativo) hace que las mujeres mayores sean particularmente vulnerables en la vejez, especialmente cuando se vuelven frágiles (Ilinca et al., 2016). Además hay que prestar atención a la posibilidad de que la edad y los efectos de cohorte puedan confundirse, especialmente en los diseños de investigación transversales, ya que el hecho de que diferentes cohortes nacieran y se criaron en diversos períodos sociohistóricos, cuestiona los hallazgos de los estudios transversales con respecto a la identificación de procesos subyacentes de tales diferencias entre sexos. Para Kryspin-Exner et al. (2011), sólo en los diseños longitudinales se pueden establecer sofisticadas hipótesis sobre las inferencias causales relacionadas con individuos y grupos, dado que los hallazgos científicos de los diseños transversales pueden introducir muchas inconsistencias respecto a las diferencias de género en el envejecimiento.

Por otra parte, en un reciente proyecto llevado a cabo en Austria (Ilinca et al., 2016) para investigar los vínculos entre la desigual distribución de los recursos necesarios para llevar una vida plena y activa (por ejemplo, salud, educación, inclusión social) y el logro del Envejecimiento Activo y Saludable en cuatro países europeos: Estonia, Suecia, Dinamarca y los Países Bajos, considerando además una perspectiva de género, se halló que las estrategias políticas destinadas a mejorar los resultados de la población en general y promover el logro del envejecimiento activo en general, no pueden en sí mismas ayudar a reducir las desigualdades. Por lo tanto, las sociedades occidentales deben permitir a todos los grupos de personas mayores, independientemente de su género, etnia y condición socioeconómica, “envejecer activamente” y con dignidad, de acuerdo con sus propias preferencias. Porque lo que es crucial para poder tomar decisiones como lo sugiere el paradigma del envejecimiento activo, es la libertad de realizar ciertas actividades, como cuidar a un cónyuge frágil o buscar un trabajo remunerado en la vida adulta. Es decir, lo que importa son las libertades reales de

las personas (o capacidades), y no lo que las personas mayores realmente hacen o tienen (funcionamiento), y esto también debería reflejarse en las estrategias políticas.

De este estudio se desprende además, que aquellos países con menos desigualdades de género y con menos desigualdades socioeconómicas entre las cohortes de personas mayores, son los que pueden desempeñar un mejor rol en el logro del envejecimiento activo y saludable. En relación a esto, Tesch-Römer, Motel-Klingebiel y Tomasik (2008), encontraron que la magnitud de las diferencias de sexo en bienestar subjetivo varió en función del grado de desigualdad social de género existente en cada país y en función también de las actitudes con respecto a la igualdad de género en los diferentes países. En decir, cuando se controlan los recursos individuales, el nivel educativo y los ingresos en los análisis estadísticos, se reducen el tamaño de las diferencias de género. Por lo tanto, las diferencias de sexo en el bienestar subjetivo podrían estar más relacionadas con el acceso diferencial según el género a los recursos relevantes. Otro ejemplo, es el estudio de Van de Velde, Huijts, Bracke y Bambra (2013) cuyo fin era examinar la relación entre la igualdad de género y la depresión por género en Europa, encontrando que un alto grado de igualdad de género a nivel macro se relaciona con niveles más bajos de depresión tanto en mujeres como en hombres. También se relaciona con una menor brecha de género en la depresión. Es decir, la igualdad de género en la sociedad puede reducir la desventaja de las mujeres en la depresión, un hallazgo recurrente en la literatura internacional. De hecho, existe una asociación positiva entre el índice de envejecimiento activo a nivel nacional y la igualdad de su distribución dentro de un país. Por lo tanto, los países con el índice promedio de envejecimiento activo más bajo tienden a tener una distribución más desigual en las experiencias de envejecimiento activo entre hombres y mujeres (Barslund, Von Werder, & Zaidi, 2017).

En relación al envejecimiento activo y saludable, Foster & Walker (2013) argumentan que las estrategias de envejecimiento activo deben ser inclusivas e integrales, no ser coercitivas, haciendo hincapié en el bienestar de los ciudadanos y su sociedad, reconociendo un enfoque de género y del ciclo vital para dar respuesta a los retos que plantea el envejecimiento de la población. Subraya que para comprender completamente el alcance y el potencial del envejecimiento activo en relación con el género, es importante describir lo que constituye una estrategia integral y los principios subyacentes y no se puede suponer que el envejecimiento activo actualmente existe en la práctica. Para ello, Walker (2002, 2009) trazó siete principios clave como la base de una estrategia sobre el envejecimiento activo para

garantizar que se pueda emplear de manera integral, consistente y de una manera que beneficie tanto a hombres como a mujeres. En primer principio es la “actividad” que hace referencia a todas las actividades significativas que contribuyen al bienestar del individuo y su familia, comunidad local o sociedad en general, y no debe preocuparse únicamente por el empleo remunerado o la producción. Por lo tanto, las actividades como el voluntariado, deben ser tan valoradas como el empleo remunerado. Este enfoque más amplio es particularmente pertinente para muchas mujeres mayores que cumplen importantes funciones no remuneradas en la sociedad, incluidas las responsabilidades de cuidado. El segundo principio alude a la “inclusión” de todas las personas mayores, incluso aquellos que son frágiles y dependientes. Esto tiene un significado especial para las mujeres debido a su mayor representación en este grupo. En tercer lugar, el principio de que el envejecimiento activo debe ser, en gran medida, un concepto “preventivo”, lo que significa involucrar a todos los grupos de edad a lo largo de la vida. Ver la política a través de una lente de género y actuar en consecuencia puede servir como un enfoque preventivo. El cuarto principio, incumbe que la “solidaridad intergeneracional” debería ser una característica clave del envejecimiento activo, involucrando la equidad entre generaciones y la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen generaciones. Esta solidaridad es evidente en los compromisos de cuidado para los nietos, en gran parte realizados por mujeres en la vejez. En quinto lugar, el concepto de envejecimiento activo debe incluir tanto “derechos como obligaciones”. Por lo tanto, los derechos a la protección social, educación permanente, capacitación, etc., deben ir acompañados de obligaciones para aprovechar las oportunidades de educación y capacitación y, siempre que sea posible, para mantenerse activo de otras maneras. Cuando se priorizan los objetivos del mercado laboral, los beneficios educativos tienden a restringirse a los más jóvenes, excluyendo a muchas mujeres, a pesar de que el aprendizaje permanente tiene un alcance mucho más amplio que el empleo. En sexto lugar, las estrategias de envejecimiento activo deben ser “participativas y empoderar” con una combinación de medidas políticas que faciliten la actividad, pero también oportunidades para que los ciudadanos tomen medidas de abajo hacia arriba. Esto puede hacer que las personas desarrollen sus propias formas de actividad y que estén igualmente disponibles para hombres y mujeres. La mayor probabilidad de pobreza de las mujeres en la vejez no debe menoscabar su capacidad para participar. Séptimo, y por último, es importante que el envejecimiento activo “respete la diversidad” nacional y cultural en Europa y debe reconocer los desafíos específicos de cada país para la implementación de estrategias específicas de envejecimiento activo. Sin embargo, estas

estrategias deberían incorporar un análisis de género a fin de garantizar que las mujeres no se enfrenten desproporcionadamente a estos desafíos (Foster & Walker, 2013; Marsillas, 2016).

Para concluir, podemos decir que, en España, afortunadamente la biografía de la mujer ha cambiado considerablemente en los últimos años. Actualmente, las mujeres jóvenes están más instruidas y cuentan con un mercado de trabajo más flexible que sus antecesoras, por ello, cuando en el futuro lleguen a su vejez, dispondrán de un amplio abanico de recursos, ya sean éstos sanitarios, económicos y sociales, y por tanto, llegarán a estas edades siendo más independientes. Por otro lado, en la cultura española, el rol de la mujer cuidadora está muy arraigado, y forma parte de nuestra socialización, por tanto, formamos parte de una cultura donde la mujer es potencialmente solidaria y muy beneficiosa para nuestra sociedad.

Por último, en el contexto de sociedades que envejecen rápidamente en un mundo cada vez más globalizado y migrante, es prioritario establecer equidad de género como el medio para aprovechar plenamente las experiencias y capacidades de cada persona. Los rápidos cambios sociales requieren de una ciudadanía flexible y todos tenemos nuestra responsabilidad como individuos y como sociedades, para terminar con la discriminación por género, mediante la sensibilización a los mayores y a toda la sociedad en general, sobre la importancia y las ventajas de vivir en igualdad en todas las etapas de la vida para disfrutar de un envejecimiento activo y saludable, desmontando los estereotipos de género de nuestra sociedad (especialmente entre las personas mayores) para tomar consciencia de los ejemplos cotidianos de desigualdad que pasan desapercibidos e informar a las personas mayores de los recursos disponibles para hacer más efectiva la igualdad entre mujeres y hombres.



## Capítulo 3

# EL CUIDADO

*"He aquí mi secreto: solo con el corazón se puede ver bien.*

*Lo esencial es invisible a los ojos".*

El Principito

Antoine de Saint-Exupéry



Actualmente la mayoría de las personas mayores ofrecen su tiempo, energía, conocimientos, apoyo afectivo, material y económico a la familia y la sociedad. Estas transferencias se producen generalmente en forma de cuidados informales. La transición a la jubilación junto con el aumento de la esperanza de vida, parece tener un impacto en la cantidad de apoyo social que se da a los miembros de la familia, como a padres y madres mayores o nietos. Es lo que actualmente conocemos como solidaridad familiar entre generaciones o solidaridad intergeneracional (Bengtson & Oyama, 2010), y en donde se pone en relieve el apoyo mutuo en las distintas fases del ciclo vital. En el actual contexto social y familiar, hombres y mujeres mayores ejercen importantes roles familiares y prestan unos servicios muy variados a las familias, a sus hijos y a sus nietos, proporcionando apoyo instrumental y afectivo: ayudan a sus hijos e hijas a cuidar de los nietos y nietas y lo más importante, proporcionan afecto, tiempo, protección, seguridad, suponen un elemento de referencia y un apoyo emocional. Por otro lado, las personas mayores cuidan a familiares enfermos en el hogar y ejercen esta función de cuidado muchas veces sin apoyo, lo que supone la realización de una actividad que no es pagada económicamente ni reconocida socialmente. En la actualidad está sucediendo que, con la prolongación de la vida, las personas mayores son los cuidadores de sus padres mayores, que llegan a la vejez tardía con discapacidades físicas y psíquicas fruto de su propio proceso de envejecimiento. Estos cuidadores y cuidadoras mayores muchas veces asumen tareas y funciones en solitario, con escasos apoyos o ayudas de la Administración, movidas por sentimientos de deber, obligación y afecto, y con costes en su propia salud y vida social. Sin embargo, esa actividad de cuidado también tiene muchas recompensas, como el sentimiento de utilidad y de continuidad en el rol de padres/madres y con la mejora de su autoconcepto como personas activas. Éstas son algunas de las contribuciones que las personas mayores hacen a la sociedad de forma desinteresada y que no son tenidas en cuenta. Son muchas las personas mayores que realizan una labor callada (por no considerada y porque es percibida como natural) en el ámbito familiar. Esta contribución a la sociedad a través de la familia es fuente de problemas para ellas, pero también de satisfacciones e incluso de bienestar en ciertos aspectos (Bazo, 1996; Villar, 2012a).

En este sentido, el envejecimiento activo y saludable, pone su énfasis en la implicación activa del sujeto en la mejora de su proceso de envejecimiento que se da a lo largo de la vida y que va más allá de una edad cronológica. La actividad en las personas mayores está siendo cada vez más estimulada por razones diversas: como medio para mantener o mejorar la salud,

el bienestar y las relaciones sociales, así como forma de integración social. Resaltando su capacidad de iniciativa, junto con el deseo de aportar lo más y lo mejor de sí mismos. A este respecto, se puede hablar del envejecimiento productivo, que pone su énfasis en el impacto que las actividades realizadas por las personas mayores pueden tener sobre las condiciones sociales y económicas, la creación de riqueza y el bien común (Triadó, Celdrán, et al., 2008). La palabra “activo” contrasta con la palabra “pasivo” y, precisamente, se utiliza para superar la idea o estereotipo de que la vejez es una etapa de pasividad. Un estilo de vida activo implica mucho más que realizar actividad física o trabajar; también incluye participar en la sociedad, una participación que sea significativa y que de significado al día a día de las vidas.

### **3.1. Desarrollo de la generatividad en la vejez**

Pero, ¿qué pueden hacer las personas mayores para contribuir significativamente a las sociedades en las que viven implicándose activamente con la vida? Recientemente, ha habido un debate considerable sobre los beneficios que la participación regular en actividades creativas, incluidos los sentimientos de productividad, implica para los y las personas mayores, sobretudo en relación con una mayor satisfacción con la vida. En concreto, nos referimos a las conductas de ayuda y cuidado a otros de las personas mayores que están motivadas por la “generatividad”, concepto sugerido por Erikson (1982), y que constituye la base del deseo de seguir implicados en las comunidades en las que viven y las consecuencias positivas que se derivan de su participación social. Tal y como afirma Peixoto (2017): “La generatividad es la bella capacidad que en general todos los seres humanos tenemos para transmitir a otras generaciones algo nuestro. Es uno de los lazos que unen niños, jóvenes, adultos y personas mayores”.

Los comportamientos altruistas tienen un efecto importante tanto en el bienestar psicológico como en el subjetivo, no solo de los jóvenes sino también de las personas mayores (Montpetit, Nelson, Gast, & Gupta, 2015a; Tabuchi, Nakagawa, Miura, & Gondo, 2015). Y específicamente, en relación al cuidado informal Fabá (2016), citando un artículo de Peterson (2002), expone que una variable relacionada con el desarrollo personal de los cuidadores que podría contribuir a explicar las diferencias observadas entre ellos es la generatividad. Este autor argumenta que el aspecto más central de la generatividad es el deseo de cuidar de otros, de ayudar a otras personas que lo necesitan, de modo que los cuidadores más generativos deberían asumir el rol de cuidadores con menor reparo y verse menos

afectados por él, tener más conocimientos sobre los recursos relacionados con el cuidado existentes en su comunidad, y mostrarse menos reacios a recibir apoyo de su entorno familiar.

Erikson (1963, 1982) acuñó el concepto de generatividad en su teoría psicosocial sobre el desarrollo humano en la que describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales y en donde cada uno de los cuales implica cierto desafío o crisis evolutiva. En su formulación teórica, a lo largo de su vida, las personas tienen que hacer frente a un número limitado de crisis que no se suceden de forma aleatoria sino ordenada en el tiempo y que, como se ha dicho, se encuentran estrechamente interrelacionadas. La generatividad es el foco de la séptima etapa y cronológicamente aparece vinculada a la mediana edad. Para el autor, se trata de un conflicto psicosocial que él denomina “*Generatividad versus Estancamiento*”. Entre los cuarenta y los sesenta y cinco años, las personas experimentan la necesidad de sentirse necesitadas, que puede llevarles a incrementar su productividad en el trabajo, a implicarse con las necesidades de los jóvenes y a cuidar y guiar a sus familias. De acuerdo con Erikson, el potencial de la séptima crisis es la Generatividad, mientras que su antítesis es el Estancamiento. De su resolución favorable se obtiene la virtud del cuidado, es decir, un compromiso por cuidar de las personas, pero también los productos y las ideas que uno ha generado (Erikson, 1982; Fabá, 2016). Erikson la sitúa en los 40-65 años pero no quiere decir que no continúe después; a los cuidados en la paternidad le pueden seguir los cuidados en la abuelidad, por ejemplo.

Básicamente la generatividad se define como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones y, en último término, por dejar un legado que nos sobreviva (Pinazo-Hernandis, 2012; Villar, 2012a; Villar, López, & Celdrán, 2013). Y, como se ha comentado, se puede expresar a partir de actividades como la crianza de los hijos o nietos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios o el compromiso social y la participación cívica y política. En cualquier caso, implica contribuir al bien común de los entornos en los que las personas participan, ya sea la familia, la empresa, la comunidad, etc., para reforzar y enriquecer las instituciones sociales, asegurar la continuidad entre generaciones o plantear mejoras sociales (Villar et al., 2013). Por tanto, algunos de los eventos importantes a través de los cuales se alcanza el estadio de generatividad son la paternidad, la abuelidad, el trabajo, el voluntariado, la enseñanza, la participación en programas intergeneracionales, y de modo especial, aquellos cuyo eje principal sea la mentorización (Pinazo-Hernandis, 2012). En este sentido, para Pinazo-

Hernandis (2012), la generatividad hace referencia a “dejar tu huella” en el mundo a través del cuidado a otros, la creación de cosas o hacer algo que convierta el mundo en un lugar mejor donde vivir. Por el contrario, el “estancamiento” se refiere al fallo en encontrar un lugar, un modo de contribuir, una desconexión con el mundo o un aislamiento.

En un principio, Erikson vinculaba la generatividad tan solo a la mediana edad, pero debido a los cambios que han experimentado las personas mayores en las últimas décadas, como es el cambio en el perfil de las personas mayores, y en donde observamos que las nuevas generaciones de mayores están más formadas y disfrutan de buenos niveles de salud durante más años, la generatividad es un concepto que también puede tener cabida en la vejez. Precisamente, dicho autor planteó años más tarde el concepto de “*grand generativity*”, referido a las diversas formas en las que los mayores ayudan a otros (ya sea como padres, como abuelos, como voluntarios, como mentores, en su participación en asociaciones, etc.) a la vez que aceptan también la ayuda de otros y expresan su interés por perpetuar conocimientos y valores en futuras generaciones (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1989; Pinazo-Hernandis, 2012; Villar, Celdrán, Fabà, & Serrat, 2013). El autor hizo hincapié en los roles de abuelos, así como en la libertad, responsabilidad, aprendizaje permanente y las artes como parte de la participación vital de las personas mayores en la sociedad de una manera generativa. Estas tendencias, potenciadas además por el paradigma del envejecimiento activo que conlleva una visión más optimista de la vejez, refuerzan la idea de que las personas mayores pueden contribuir de manera significativa a los contextos en los que participan, haciendo estos contextos, a su vez, más proclives y sensibles a esas contribuciones (Villar, 2012a).

Otros autores posteriores han ampliado el concepto, diferenciando entre el interés generativo y la participación generativa. La primera se define como una actitud favorable hacia cuestiones generativas, y la segunda, como la puesta en marcha y concreción de esa actitud favorable en comportamientos que suponen una contribución social y un beneficio para las generaciones venideras (De St. Aubin, 2013; McAdams, de St. Aubin, & Logan, 1993; McAdams, Hart, & Maruna, 1998; McAdams & Logan, 2004; Villar, Celdrán, et al., 2013). Cabe también mencionar a otro autor que también ha contribuido en el desarrollo posterior del concepto, Kotre (1984; 2004), y que profundizó y redefinió la generatividad unas décadas más tarde. Su énfasis está en la idea de un Yo que expresaría su resistencia a la muerte física a través de la generatividad. Sin embargo, la motivación principal para ser

generativo no sería el miedo a la muerte, sino la mirada que pone el sujeto en el futuro, en lo que viene más adelante, las generaciones más jóvenes y en todo lo que sigue después de su muerte (Kotre, 1996). Kotre (1996) clasificó la generatividad en cuatro tipos: biológica (fertilidad y engendrar hijos), parental (crianza y disciplina de la descendencia y la enseñanza de tradiciones familiares), técnica (la enseñanza de habilidades duraderas) y cultural (crear / renovar, y conservar un sistema de símbolo pasándolo explícitamente a los sucesores). Entre ellas hay un aumento en el grado de abstracción de la transmisión. La generatividad biológica es la más concreta, y la cultural la más abstracta. También se distingue entre comportamientos orientados al yo y comportamientos orientados hacia la comunidad (Kotre, 1984, 1996, 2004; Rubinstein, Girling, De Medeiros, Brazda, & Hannum, 2015).

En suma, tal y como argumenta Villar (2013) hablar de la generatividad en la vejez permite articular dos tipos de desarrollo o formas de autorrealización. Por una parte, el desarrollo social y comunitario, ya que las actividades generativas están orientadas al cuidado, mantenimiento y mejora tanto de las personas con las que nos relacionamos como de las instituciones en las que participamos. Por otra parte, la generatividad implica también un desarrollo individual, porque a partir de la acción generativa la persona encuentra significado en su vida y es capaz de potenciar competencias, habilidades e intereses que amplían, a su vez, el rango de actividades generativas posibles para una determinada persona. Podríamos decir que asume a los demás como beneficiarios de actos generativos de modo que una dimensión de la generatividad es el crecimiento personal (Chee, Kim, & Gerhart, 2016). Está también relacionada con pasar el conocimiento y la experiencia a los otros, en consonancia con la dimensión de participación en actividades productivas señalada por el paradigma del envejecimiento con éxito (Gutiérrez, Galiana, Tomás, Sancho, & Sanchís, 2014; Rowe & Kahn, 1997). Por ello la generatividad en la vejez podría ser una importante fuente de bienestar en esta etapa de la vida al ser un importante ingrediente del envejecimiento satisfactorio (Fisher, 1995). Así, para que una actividad sea generativa no únicamente deberá expresar el interés y la preocupación por las nuevas generaciones, sino que también deberá dotar a la vida de sentido y contribuir a la satisfacción personal (González-Celis & Raya, 2017).

### 3.1.1. Generatividad y envejecimiento con éxito

Como se ha explicado en otros capítulos, cada vez más investigaciones aportan evidencia empírica sobre el vínculo entre envejecimiento exitoso y diversos aspectos del funcionamiento psicosocial, por ejemplo, satisfacción con la vida (Meng & D'Arcy, 2013; Ng, Tey, & Asadullah, 2017), optimismo (Cosco, Stephan, & Brayne, 2015; Vahia, Thompson, Depp, Allison, & Jeste, 2012), relaciones sociales e inclusión social (Cosco et al., 2015; Ng, Broekman, Niti, Gwee, & Kua, 2009; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, & Cartwright, 2010), etc. Pero, por otro lado, sorprende la falta de investigación sobre la relación entre los diferentes aspectos del cuidado o la crianza o la generatividad con el envejecimiento activo, saludable y exitoso.

Diversos estudios han tratado de indagar en la relación entre bienestar y generatividad, generalmente con resultados contradictorios. Por ejemplo, se ha encontrado que mientras el interés generativo sí mantiene una relación positiva con la satisfacción con la vida, las acciones o comportamientos generativos no (McAdams et al., 1993; Villar, López, et al., 2013), es decir, que la actividad generativa se asocia con una mayor satisfacción con la vida, pero que no existía un vínculo directo entre los beneficios creativos y la satisfacción con la vida (Adams-Price, Morse, & Nadorff, 2016). En cambio, otros estudios sí que encontraron que las acciones generativas se relacionaban moderadamente con el bienestar (Cheng, 2009; González-Celis & Raya, 2017). Resultados que avalan, en definitiva, la importancia de la generatividad en la vejez pero también la de distinguir entre interés y acción generativa, ya que sus beneficios podrían ser muy diferentes.

En particular, los esfuerzos o el interés generativo, pueden contribuir a la autoaceptación, a una evaluación positiva de la vida y a dar un significado y propósito de vida, es por ello que la participación en la familia y la comunidad se considera una actividad productiva y generadora, que promueve una experiencia positiva del envejecimiento (Carlson, Seeman, & Fried, 2000; Warburton, McLaughlin, & Pinsker, 2006), contribuyendo a la preservación o mejora de la salud física o mental y a una mayor participación en la vida comunitaria, así como otros aspectos importantes del envejecimiento con éxito dependiendo de cómo esté definido.

Aunque cada vez más hay un mayor interés por este tema, tan sólo un pequeño número de estudios abordan la relación entre generatividad y el envejecimiento exitoso. Sirva como

ejemplo la investigación de Versey, Stewart y Duncan (2013), los cuales encontraron una conexión significativa del interés y la acción generativa con el envejecimiento exitoso en mujeres con niveles educativos altos, además de hallar que la mayor actividad generativa se asocia con un mayor envejecimiento exitoso con el paso del tiempo. O más recientemente el estudio de Baek, Martin, Siegler, Davey y Poon (2016), con una muestra de centenarios, donde la participación en el voluntariado, como expresión generativa, se asoció con el envejecimiento exitoso. También es interesante la investigación de Junaković, Nekić y Ambrosi-Randić (2016), quienes estudiaron el papel de la crianza de los hijos y la generatividad (entendida como una preocupación por el bienestar de la siguiente generación) y su relación con el envejecimiento exitoso y su contribución con la satisfacción con la vida. Estos autores hallaron que la generatividad y la satisfacción de los participantes, consigo mismos como padres, y con las relaciones que mantienen con sus hijos adultos contribuyen significativamente al envejecimiento exitoso. Los hallazgos del estudio revelan la importancia de la generatividad para una adaptación exitosa a los cambios relacionados con la edad.

Al mismo tiempo, en nuestro contexto sociocultural destaca el estudio de Villar, Celdrán, et al. (2013) cuyo fin es el de aportar un perfil de aquellas actividades generativas que realizan las personas mayores más frecuentemente: como el cuidado de los nietos o familiares dependientes, el voluntariado y la participación cívica y política, así como ahondar en los beneficios que dichas actividades pueden reportarles. Estos autores, describieron que el 49% de su muestra estaba implicada en alguna actividad generativa siendo la más frecuente de ellas el cuidado de nietos, participación que varía en función de variables como el sexo y el nivel educativo: ser mujer y tener un mayor nivel educativo se asociaba con comportamientos generativos más frecuentes. Sólo el voluntariado y la participación cívica se relacionaron positivamente con algunos indicadores de bienestar. De modo que cuidar de nietos o personas dependientes podría no incrementar los niveles de bienestar cuestionando por tanto, su carácter generativo, al menos en esta investigación.

Como hemos visto, existen muchas actividades potencialmente generativas en las que pueden implicarse las personas en las últimas décadas de su vida. Más allá de estas actividades, podemos encontrar en contextos familiares dos actividades generativas ambas asociadas al cuidado: el cuidado de nietos y el cuidado de familiares dependientes.

En primer lugar, en relación al cuidado de nietos, papel que asumen muchos abuelos para que sus hijos puedan conciliar la vida familiar con la vida laboral, la investigación sobre este

tema destaca que estos cuidados, si se realizan de manera voluntaria, permiten a los abuelos sentirse útiles e importantes en la familia (Budini & Musatti, 2007; Villar, Celdrán, et al., 2013). Así, en un estudio con personas mayores que ejercen de abuelos (Triadó, Villar, Celdrán, & Solé, 2014) demostraron que, en general, el cuidado a los nietos es más una fuente de emociones positivas y una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante que una carga o una responsabilidad estresante, pero que la intensidad y el tipo de atención proporcionada no tuvieron ningún efecto significativo en la salud y el bienestar de los abuelos. Por el contrario, la percepción de las dificultades relacionadas con el cuidado o la falta de apoyo, predecía niveles más bajos de salud y bienestar entre los abuelos. En suma, cuidar de los nietos ofrece a las personas mayores la oportunidad de transmitir valores e influir en el desarrollo de sus nietos, al mismo tiempo que continúan ayudando a sus hijos, aspectos todos ellos generativos (Villar, Celdrán, & Triadó, 2012). Otras investigaciones también han mostrado que el interés generativo es un importante predictor de la satisfacción de los abuelos con los cuidados a sus nietos (Thiele & Whelan, 2008).

Por otro lado, el cuidado de familiares dependientes también puede ser considerado una actividad generativa. La literatura sobre este tema, coincide en que proporcionar atención a un adulto mayor dependiente se ha descrito frecuentemente como una experiencia estresante que puede deteriorar el bienestar psicológico y la salud física de los cuidadores (Pinquart & Sörensen, 2003b, 2003a, 2004, 2007; Schulz & Sherwood, 2008; Vitaliano, Young, & Zhang, 2004; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003). Pero al mismo tiempo, también hay estudios que manifiestan lo contrario, es decir, cuidar de un familiar dependiente puede ser una fuente de satisfacción, emociones positivas y ganancias (Fabá, 2016; Fabà & Villar, 2013; Kinney, Stephens, Franks, & Norris, 1995; Liew et al., 2010; Lloyd, Patterson, & Muers, 2016). Las emociones positivas han sido vinculadas a un mayor bienestar de los cuidadores, sugiriendo, por ejemplo, que existe una relación positiva entre la cantidad de ganancias reportadas y su salud mental (Liew et al., 2010; Villar, Celdrán, et al., 2013).

En el estudio anteriormente comentado de Villar et al. (2013), entre las personas mayores que cuidan personas dependientes se observa una mayor cantidad de mujeres, pero ninguna diferencia por grupo de edad. Las tareas de cuidado destacan también por ser más frecuentes entre las personas sin estudios y pertenecientes a municipios de mayor tamaño y más frecuentes entre este grupo las personas casadas y solteras, y menos las viudas. Sin embargo, el grupo de participantes implicados en las dos actividades vinculadas al cuidado (bien de

nietos, bien de personas dependientes) no mostraba unas puntuaciones medias en satisfacción personal, ni en preocupación por la vejez significativamente diferentes a los participantes no implicados en estos tipos de actividades. El sexo del cuidador, destaca como una variable relevante en las actividades generativas tenidas en cuenta. En este sentido, tanto el cuidado a personas dependientes como el voluntariado son actividades (especialmente esta última) fuertemente feminizadas. En cambio, hay proporcionalmente más hombres que mujeres que participan cívicamente.

En resumen, la generatividad como reto evolutivo describe la transmisión de un legado valioso para otras generaciones, sea a través del cuidado de los nietos, como cuidadores de familiares dependientes, o bien en la participación cívica y política o en el voluntariado formal o informal, entre otras actividades (por ejemplo, aquellas de carácter artístico). Y de la misma manera que la persona mayor se ofrece para este intercambio intergeneracional y presta un servicio a la comunidad, también desarrolla mayores niveles de madurez psicológica y crecimiento personal. Además, un aspecto de gran relevancia es que la generatividad puede ser una potente fuente de bienestar a lo largo de la vida, pues tanto el interés como el comportamiento generativo, proporcionan satisfacción, ganas de vivir y propósito de vida, disposición para seguir activo y participativo (Zacarés & Serra, 2011). Tales beneficios son especialmente destacados cuando hablamos del proceso de envejecimiento y especialmente en el envejecimiento activo, con éxito y saludable.

### **3.2. Concepto de cuidados**

En primer lugar, en este apartado vamos a describir algunos de los conceptos básicos en relación al tema del cuidado con el fin de facilitar la comprensión del estudio y de algunos términos o nociones relacionadas. Partiendo de la idea de que el cuidado es una tarea extremadamente importante y desafiante, y que una gran mayoría de nosotros no estamos totalmente preparados para emprender.

El cuidado es una experiencia extremadamente solitaria que afecta incluso a la persona más capaz y enérgica. La acción de cuidar ha estado siempre presente en todas las culturas y grupos sociales. Expresiones como dedicar tiempo, responsabilizarse por, atender necesidades, velar por, hacerse cargo, aparecen desde los primeros momentos como vinculados al cuidado. En general, el cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el

bienestar de la persona y/o comunidad. La esencia de los cuidados va más allá de la enfermedad; es todo lo que ayuda a vivir y permite existir, por lo tanto, se refiere a todo lo que estimula la vida (Collière, 1993). El *cuidatoriado* es fundamentalmente femenino (Durán, 2018). Para Durán (2018), el cuidatoriado sería una nueva clase social del actual contexto social, que se hace cargo de los cuidados de quienes no pueden comprarlo en el mercado, ni producirlo en sus hogares. Su objetivo es hacer visible este trabajo para que se le dé la importancia que merece.

Respecto al concepto “*cuidados*”, es importante considerar que las funciones que se engloban bajo este título genérico son diversas: labores materiales y domésticas, tareas de carácter asistencial, cuidados, funciones socio-educativas y/o afectivas, etc. Además, según el nivel de implicación, se debe distinguir entre “preocuparse por los otros” (relacionado con sentimientos y emociones) del “cuidar a otros” que supone un trabajo más activo, más implicado (Agulló, 2002). Para Agulló (2002), en un sentido amplio, las actividades de cuidado son aquellas que tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de otra persona. Partiendo de esta definición, cualquier persona puede ser receptora de los cuidados de otra y consecuentemente, gran parte de las actividades no remuneradas que se realizan cotidianamente en los hogares podrían ser interpretadas como actividades de cuidado. Los límites entre los cuidados y otras actividades no remuneradas son, a veces, difusos. Uno de los criterios utilizados para definir a una actividad como cuidado es que la persona a la que vaya dirigida la actividad no pueda satisfacer por sí misma sus necesidades. Las actividades de cuidado quedarían limitadas, por tanto, a las dirigidas a colectivos muy específicos, como los niños y niñas o las personas mayores dependientes.

La actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales, etc.), la familia (cuidado de abuelas a nietos, de hijos a padres, etc.), el mercado (servicios con fines de lucro) u otras instituciones u organizaciones sin fines de lucro, etc. (Roger-García, 2009). Según Roger-García (2009), el concepto de “*cuidado informal*” ha sido utilizado para aludir a un tipo de apoyo que se caracteriza porque es desarrollado por personas de la red social del receptor del cuidado y se proporciona de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración. El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional.

Son muchos los autores que han aportado una definición al concepto de cuidado informal o no formal en un intento de clarificar un término que, a día de hoy, sigue provocando controversia en cuanto a su definición (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012). Sin embargo, es un concepto complejo y multidimensional cuyos límites son difíciles de marcar en términos de quién hace qué, a quién y durante cuánto tiempo.

El cuidado informal puede definirse como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen (Wright, 1987), es una actividad que contribuye a rellenar lagunas y carencias del sistema formal de salud (Crespo & López, 2007), aunque en la actualidad esta definición resulta obsoleta y ofrece pocos matices. Tal y como se concibe en el *Libro Blanco de la Dependencia* (2005) el cuidado informal es “el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración” (IMSERSO, 2005, p. 173). Para Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol (2012), esta conceptualización complementa la anterior, dado que integra el carácter temporal de los cuidados, la implicación afectiva que se da entre el dependiente y el cuidador, y el volumen de la red que proporciona las atenciones.

Por el contrario, según Rogero-García (2009) entendemos el “*cuidado formal*” como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias. Los servicios públicos de cuidado pasan a través de una organización burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente.

En otras palabras, el cuidado es una actividad constante y universal que está presente a lo largo de todo el ciclo vital y que constituye un elemento fundamental de la vida cotidiana de las personas y debe ser entendido, por un lado, como un trabajo físico y emocional, y por otro como una actividad que acarrea costes. Por otro lado, son muchos los autores que resaltan la importancia de reconocer el cuidado como un trabajo, condición que es necesaria para quebrar el argumento según el cual el único trabajo básico para la sociedad es la actividad laboral, y también para lograr una mayor conciencia de la responsabilidad pública en este ámbito

(Carrasco, Borderías, & Torns, 2011; Carrasquer, 2012; Durán, 2018; Pérez & Morales, 2014; Río-Lozano, 2014).

Lo cierto es que tradicionalmente la única fuente de cuidados que recibía la persona dependiente provenía de la familia, recayendo el peso fundamental del mismo en la mujer. A efectos reales, sigue siendo la familia, sin haber manifestado explícitamente su deseo de hacerlo, la encargada principal de los cuidados, la que mayores recursos aporta y la que asume la responsabilidad del mantenimiento y el desarrollo de la persona dependiente que reside en el hogar (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012; Vaquiro-Rodríguez & Stiepovich-Bertoni, 2010). Pero los cambios en la estructura y formas de vida familiares están poniendo en cuestión la disponibilidad de cuidadores informales. De hecho, está disminuyendo la fecundidad, la natalidad y el número de miembros que viven en el hogar, además está aumentando la movilidad de sus miembros, de modo que las familias adoptan formas de convivencia más diversas y complejas. Un factor crítico es la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, a pesar de lo cual siguen asumiendo mayoritariamente la responsabilidad de cuidar. El cambio social producido a finales del siglo pasado, donde la mujer pasó a formar parte de forma más activa y generalizada en el ámbito laboral puso en crisis el sistema de cuidados tradicional, debido a la incompatibilidad de llevar a cabo ambas tareas. Pese a ello, sigue siendo la mujer la que se encarga de prestar cuidados en la mayor parte de los casos, sea la esposa, hija o madre, por lo que se ve obligada a compaginar tareas laborales y familiares de cuidado al mismo tiempo o, en el peor de los casos, a abandonar su vida profesional (Bover-Bover, 2006; Crespo & López, 2008; García-Calvente, del Río-Lozano, & Eguiguren, 2007; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012; Vaquiro-Rodríguez & Stiepovich-Bertoni, 2010).

En España, los estudios han mostrado que el cuidador principal suele ser una mujer (83%), ama de casa, con una edad aproximada de 52 años, y en el 54% de los casos suele ser la hija o cónyuge (16%). Cuando la persona dependiente es un hombre, el 41.5% del cuidado recae sobre sus cónyuges y 22.7% sobre sus hijas. En cambio, cuando son las mujeres las dependientes, son las hijas (44.2%) las que se encargan de la tarea de cuidar y en segundo lugar sus cónyuges (Abellán et al., 2018; Alonso-Babarro, Garrido-Barral, Matín-Martínez, & Francisco-Morejón, 2005; Gómez-Martinho, 2016).

En este sentido, García-Calvente et al. (2007), con datos de 7.512 personas cuidadoras principales extraídos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia-2008, comprobaron que el 74% de las personas cuidadoras son mujeres y perciben con mayor frecuencia que los varones un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar (37% y 21%, respectivamente). Ellas prestan un cuidado de mayor intensidad, y asumen con mayor frecuencia tareas de ayuda para el aseo personal, comer y vestirse. Es decir, las mujeres cuidadoras presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores, y las cuidadoras más jóvenes presentan más sobrecarga que las de más edad (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004). Los hombres realizan más tareas de cuidado fuera del hogar (ir al médico, hacer compras y gestiones), que resultan protectoras para la percepción de deterioro de la salud.

La intensidad del cuidado es un factor de riesgo para la percepción de deterioro de la salud en ambos sexos, y en las mujeres se añaden la frecuencia y duración. Similares resultados encontraron Larrañaga et al. (2008), quienes constataron que cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten.

Datos actuales extraídos del informe *Perfil de las personas mayores 2019 en España* (Abellán et al., 2019), señalan que en los últimos años se está observando algo de aumento en el tiempo de cuidado prestado por los hombres, en especial el de los hombres mayores, y descendiendo el de las mujeres. Más que por una modificación de mentalidades y de cultura de cuidado, esto puede explicarse por el hecho de que las parejas envejecen y los hombres de edad asumen el papel de cuidador que no desarrollaron siendo jóvenes; además, hay más hombres en esa tesitura que antes, debido a una mayor supervivencia.

El claro género femenino de los cuidadores se corresponde con unas expectativas no escritas sobre quién debe cuidar, que aparecen en muchas sociedades, incluida la nuestra. No es exclusiva de nuestro país. Más bien al contrario, es un resultado que se repite a través de países. En concreto, el cuidado informal de personas dependientes constituye una actividad fuertemente feminizada en todo el mundo (Río-Lozano, 2014). Esto ocurre de manera más acusada en los países del sur de Europa, más tradicionales y familiares, donde las mujeres dedican más horas de trabajo de cuidados dada la baja dedicación de los hombres a este tipo de tareas, lo que no sucede en otros países como los escandinavos, donde la participación

masculina es más elevada (Fahlén, 2014). Según Crespo y López (2008) citando a Lee (1992), las diferencias de género en el cuidado de las personas mayores vendrían a ser una manifestación más de las diferencias en los comportamientos familiares, en las que se plasman también las que hay en aspectos tales como la división del trabajo doméstico, la crianza o las afinidades y relaciones.

Sin embargo, como se ha comentado en párrafos anteriores, en los últimos años se observa una tendencia al incremento del número de cuidadores varones. De hecho, estudios recientes internacionales están empezando a centrar la atención sobre los cuidadores conyugales, es decir, personas mayores, hombres y mujeres mayores que cuidan de sus parejas dependientes y que son considerados un grupo especialmente vulnerable (Aguilar-Cunill, Soronellas-Masdeu, & Alonso-Rey, 2017; Reinhard, Levine, & Samis, 2014; Sugiura, Ito, Kutsumi, & Mikami, 2009). Así, en la investigación de Dahlberg, Demack y Bamba (2007), observaron que el cuidado informal se vincula sistemáticamente con la edad y el género. El cuidado aumentó con la edad hasta alcanzar un pico en el grupo de edad de 45 a 59 años, en el que casi el 20% eran cuidadores. Del mismo modo, la cantidad de tiempo dedicado a la prestación de cuidados aumentó con la edad, con mayores niveles de compromiso de cuidado en personas de 80-89 años. En cuanto al género, el 11.3% de las mujeres eran cuidadores, en comparación con el 8.6% de los hombres y, en general, las mujeres dedicaron más tiempo al cuidado que los hombres. Sin embargo, este patrón se revirtió en la vida posterior (70 años o más), donde había una mayor proporción de cuidadores y un mayor compromiso de tiempo para el cuidado entre los hombres. En este sentido, Del Bono, Sala y Hancock (2009) indican que los hombres tienen una mayor probabilidad de ser cuidadores entre las personas de 65 años o más. Este fenómeno se explica en gran medida por las diferencias de género en el estado civil. Como los hombres mayores tienen más probabilidades de estar casados, y las personas casadas son más propensas a ser cuidadores, observamos niveles más altos de cuidado entre los hombres mayores. Una vez que se tienen en cuenta las diferencias en el estado civil, se anula la relación entre el género y la provisión de cuidados entre las personas mayores.

Mientras que el predominio de las mujeres como cuidadoras informales ha sido bien informado, la importancia de los hombres como cuidadores informales en la vejez es mucho menos comentada. En otra investigación más reciente de Abellán et al. (2017), comparan dos culturas en relación al cuidado que ejercen las personas mayores, España y Suecia, en donde

España se supone que es tradicional y familiar, mientras que Suecia es supuestamente más moderna e individualista, con más igualdad de género y con una amplia variedad de programas de bienestar social. Su hipótesis se basó en que por este hecho, en España debería haber más mujeres cuidadoras que en Suecia, así como más diferencias entre hombres y mujeres cuidadores. Pero observaron que en ambos países, los hombres y las mujeres mayores brindan atención con la misma frecuencia a sus parejas en hogares donde solo viven las parejas. Éste se ha convertido en el tipo de hogar más común entre las personas mayores en España y prevalece por completo en Suecia. Resultado que pone en entredicho el predominio tradicional de las mujeres jóvenes o de mediana edad como principales cuidadoras en España. Estos autores, argumentan que los primeros estudios realizados sobre cuidados, enfatizaban el cuidado intergeneracional y el cuidado femenino y en la mayoría hay una sobrerrepresentación de mujeres cuidadoras (más jóvenes). Las ideas preconcebidas pueden dificultarnos ver la importancia de los cuidadores masculinos y de los cuidadores mayores, incluidos mujeres mayores como cuidadoras y cada vez hay más esfuerzos por aumentar la conciencia pública sobre cuidadores masculinos (Greenwood & Smith, 2015).

### **3.3. Cuidado y roles de género**

La utilización del enfoque de género y específicamente del género como categoría analítica en estudios sobre el cuidado comenzó a incrementarse hacia la década de los noventa, con la finalidad de hacer evidente la sobrecarga que padecen las mujeres en el marco del cuidado y la manera como ésta reproduce la desigualdad social entre hombres y mujeres en la esfera pública y privada (Rangel et al., 2017).

La asignación de los diferentes valores atribuidos a los dos sexos ha conformado la construcción de los géneros y los patrones de relación entre sexos, pero siempre con un patrón establecido y constante de subyugación de la mujer por el hombre en nuestra cultura. Los valores sociales se jerarquizan a partir de los roles de género, y desde ahí, a las mujeres y los hombres se les transmiten valores distintos, y en consecuencia se produce un desarrollo de capacidades distintas mediante la práctica de roles de género también distintos. La transmisión de los valores inherentes a los estereotipos de género perpetúa los prejuicios de género y hace que la sociedad funcione según las reglas impuestas mediante los roles de género. Rol puede relacionarse con rol de género; son tareas, funciones y conductas que tradicionalmente se han atribuido a un sexo u otro, a través de un proceso de socialización. La

sociedad intenta que los individuos se comporten y asuman los papeles que les han sido otorgados en función del sexo, y hace una división de la sociedad en dos ámbitos: por una parte, en el ámbito público mediante tareas de producción, relacionadas con la vida económica, política y social, en un espacio ocupado por y para hombres mayoritariamente, basados en valores de autoridad, dominación, poder y prestigio, visión positiva. Y por otra parte, en el ámbito privado por medio de tareas de reproducción, del hogar y de cuidado, es decir, valores de entrega y disposición para satisfacer las necesidades de los demás, actividades desprestigiadas por no producir, permaneciendo en un segundo plano (García, 2011).

Tal y como Fernández, Artiaga y Dávila de León (2013) explican, el trabajo de cuidados ha sido tradicionalmente asignado y secularmente definido como trabajo de mujeres. Para estas autoras, el “deber ser” del concepto de cuidado (*care*, en inglés) alude a la atención personal propia de la función maternal, la “*nurturance*”, es decir, el amor materno, que se extiende por generalización al amor a las personas y a la predisposición para la atención y el cuidado, se concibe como una disposición natural de las mujeres. Como otras tareas propias del rol tradicional femenino, el trabajo de cuidados se ha situado en el ámbito doméstico y en el ámbito de la responsabilidad moral, pero no dentro de la categoría de empleo remunerado, y frecuentemente, ni siquiera en la categoría de “trabajo”. Aunque la imposición moral de cuidar asignada al sexo femenino no sólo supone una trampa para la mujer, sino que también conlleva implicaciones éticas cuestionables a la hora de ofertar ese cuidado (Brea, 2015).

Sobre el enfoque de género en las investigaciones en este tema, una reciente revisión crítica de Rangel et al. (2017), llegó a las siguientes conclusiones. En primer lugar, el enfoque más utilizado para documentar la influencia del género en el cuidado fue el cualitativo, enfoque que permite estudiar experiencias, vivencias, percepciones, sentimientos y opiniones de los protagonistas del cuidado, pues es un fenómeno que se construye a partir de la intersubjetividad entre quien cuida y el que es cuidado. En segundo lugar, si bien se identificaron estudios desde el enfoque cuantitativo, en estos se evidenció fragilidad teórica, pues la mayor parte de ellos se limita a realizar una comparación de las experiencias entre los sexos, sin problematizar las relaciones de poder y opresión social, económica y política que se implican en la reproducción del orden social patriarcal. En tercer lugar, entre las debilidades identificadas en los estudios que se revisaron, destaca que, aun cuando la mayor parte de estos consideran mujeres y varones como sujetos de estudio, sus apartados de análisis y discusión

tiende a asumir una postura donde prevalece el interés por explicar las experiencias que viven las mujeres en torno al cuidado y dejando de lado las experiencias de los varones. Recalcan la necesidad de que estudiar sólo la experiencia de las mujeres limita la comprensión de la desigualdad que hombres y mujeres viven frente al cuidado, ya que si bien se ha mostrado interés por documentar la sobrecarga y discriminación de las mujeres frente al cuidado, continúa prevaleciendo el desconocimiento sobre las limitaciones que los varones tienen para involucrarse activamente en el cuidado.

Recapitulando, la mayoría de investigaciones indican que las mujeres son las principales cuidadoras familiares, y debido al envejecimiento de la población, seguirán desempeñando esta función a medida que envejeczan. Una de las consecuencias derivadas de los roles de género es la escasa valoración social de la labor del cuidado cuando la cuidadora es una mujer, en parte debido a la presunción de que cuidar forma parte de sus obligaciones. Por el contrario, según Larrañaga et al. (2008), cuando el cuidador es un hombre goza de reconocimiento y más apoyo, por realizar tareas que tradicionalmente no son propias de su rol masculino.

Como ya se ha expuesto en párrafos anteriores, las normas de género construyen las opiniones de las mujeres y hombres mayores sobre los roles apropiados de mujeres y hombres en la provisión de cuidados. Sirva de ejemplo el estudio elaborado por Williams, Giddings, Bellamy y Gott (2017) donde a través de grupos de discusión analizaron la experiencia subjetiva del cuidado en mujeres mayores cuidadoras. Observaron que la experiencia de cuidado estaba modulada por las normas de género. En concreto, tres temas fueron destacados en relación a las identidades de género y el cuidado: la expectativa de que las mujeres cuiden, el deber de las mujeres de cuidar y la construcción que tienen las mujeres sobre el rol de los hombres en relación con el cuidado y la enfermedad. Por tanto, generalmente, las mujeres, y especialmente las mujeres mayores cuyos roles son más tradicionales, se adhieren a las normas estereotipadas de género que consideran a las mujeres como las principales cuidadoras.

Paralelamente, resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en Andalucía, en España, con cuidadores informales primarios (16 hombres y 16 mujeres). En dicha investigación se observó una suposición cultural de que las mujeres deberían asumir el rol de cuidadores y descubrieron que las mujeres asumían la mayor parte de las responsabilidades de cuidado, además de que éstas generalmente no buscaban apoyo (del Río-Lozano, García-

Calvente, Marcos-Marcos, Entrena-Durán, & Maroto-Navarro, 2013). Todos ellos son factores que podrían explicar la alta prevalencia de sobrecarga y desórdenes crónicos de salud, estrés, ansiedad, depresión, descuido de la salud y aislamiento social que gran parte de los estudios reportan en relación a las cuidadoras. Eriksson, Sandberg y Hellström, (2013) sugieren que las mujeres cuidadoras enfrentan dificultades para cumplir siempre con los estándares de género, lo que repercute negativamente en su salud.

Es evidente que la identidad de género es un aspecto poderoso de uno mismo que da forma a los valores, las actitudes y la conducta, y esto también es así para los cuidadores familiares, en particular, las mujeres. Y esto es más patente en las mujeres mayores, pues dada su mayor esperanza de vida y al ser más longevas, las mujeres mayores comúnmente asumen un rol de cuidadoras para sus esposos en la etapa de la vejez y por tanto, son generalmente más vulnerables a tener una peor salud, bienestar y a tener más desafíos sociales y económicos. Con este fin se realizó un estudio en Canadá para averiguar las posibles intersecciones en el bienestar en relación al parentesco entre la persona cuidadora y la persona cuidada y el género. Los resultados encontrados revelan que las hijas experimentan la mayor carga, pero también la mayor autoestima, lo que sugiere que el papel es menos relevante para sus propias identidades. Las esposas cuidadoras, en cambio emergen como el grupo más vulnerable quizás porque son más mayores (Chappell, Dujela, & Smith, 2015; Peris, 2016).

Como ya se ha comentado, se sabe mucho acerca de las mujeres que brindan cuidado en comparación con los hombres que brindan cuidado. Crespo y López (2008) en su estudio para el IMSERSO, descubrieron la existencia de diferencias claras en el perfil de cuidadores y cuidadoras mayores. Comprobaron que había un efecto del género en el perfil de los cuidadores: entre los cuidadores de género masculino predominan aquellos que se ocupan de su esposa o pareja (con una media de edad de 74 años), mientras que entre las cuidadoras son mayoría las hijas que se ocupan de sus padres (con una media de edad de 50 años). Además, encontraron algunas diferencias de sexo en los estresores primarios que el cuidado implica, particularmente una mayor presencia de estresores para las mujeres cuidadoras frente a los hombres cuidadores. En este sentido, coinciden con otros estudios previos en señalar que las mujeres prestan ayuda en tareas más demandantes y de mayor dedicación, básicamente en el cuidado personal y en las tareas domésticas. Sin embargo, no encontraron diferencias de sexo en el tiempo dedicado al cuidado. Por otra parte, las mujeres experimentaban la presencia de conflictos de rol, por lo que las mujeres cuidadoras tienen también más estresores secundarios que los varones que ocupan ese mismo rol. En concreto, las cuidadoras presentan

con más frecuencia conflictos de rol familiar, que pueden en algunos casos sumarse a los conflictos entre el cuidado y el rol laboral.

No obstante, a este respecto, es relevante la aportación de Pinguart y Sörensen (2006), quienes sugieren que la mayor presencia de estresores en las mujeres cuidadoras se relacionaría principalmente con las necesidades de la persona mayor receptora de cuidados y con la disponibilidad de cuidadores o ayudas adicionales, más que con diferencias de género en socialización, identidad o motivos.

En resumen, la mayoría de los estudios coinciden en que las mujeres viven la situación de cuidado con una mayor percepción de carga, lo que puede relacionarse con el mencionado conflicto de roles o con las tareas que asumen (que como se ha explicado suelen ser más demandantes). O bien puede relacionarse esos mayores niveles de carga en las mujeres con su propia percepción de la situación o con sus menores recursos personales, que podrían hacerlas sentirse “abrumadas” ante situaciones que no pueden afrontar: las mujeres cuidadoras muestran niveles de autoestima más bajos, menor apoyo social disponible (aunque este dato no es consistente) y un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en las emociones, las cuales se han asociado con un peor estado emocional en cuidadores, en concreto con mayores niveles de depresión y ansiedad (Crespo & López, 2008).

La implicación de los hombres en el cuidado ha empezado a ser objeto de interés pero es todavía un campo abierto y poco sistematizado, y se tiene poco conocimiento sobre la participación de los hombres en los trabajos de cuidados. A menudo los hombres han sido tratados como un grupo homogéneo, y en ocasiones no se ha diferenciado entre el cuidado de nietos o hijos y el cuidado a personas mayores dependientes. Para Comas-d’Argemir (2016), se necesita una mayor exploración de los motivos que llevan a los hombres a cuidar, así como las formas de entender el cuidado y de organizarlo, siendo necesario también extender las investigaciones a los hombres que cuidan personas adultas, con menor visibilidad y menor reconocimiento social que los implicados en la crianza. Dar visibilidad a los hombres que cuidan contribuye sobre todo a romper con los estereotipos de género, porque se comprueba que los hombres pueden cuidar cuando es necesario hacerlo y que cruzan las fronteras de género sin haber estado socializados para ello ratificando, por tanto, que la capacidad de cuidar no es un atributo natural de las mujeres, que es una capacidad aprendida, por lo que no hay razón alguna para que los hombres no puedan asumir dichas tareas de cuidado. Según dicho autor una redistribución más justa del cuidado implica entre otras cosas, conseguir una

participación equitativa de mujeres y hombres en el cuidado, en la línea de conseguir la igualdad de género, por cuanto contribuye a desnaturalizar la atribución del cuidado a un determinado sexo y a romper los estereotipos de género.

En el estudio previamente mencionado de Crespo y López (2008) sobre el cuidado informal en población española, se constató que el estilo y tipo de cuidado de los hombres es menos perturbador y que el nivel de sobrecarga de los varones era menor, pero no que no experimentasen sobrecarga (más del 45% de los varones de la muestra experimentaron niveles de sobrecarga intensa). De hecho, los resultados que se obtuvieron parecen indicar que el cuidado tiene efectos más nocivos sobre las mujeres.

A pesar de ello, también hay investigaciones sobre este tema que afirman que ser cuidador no es una experiencia tan buena para los hombres como se había asumido tradicionalmente (Russell, 2007). Por ejemplo, algunos estudios han indicado que los varones que cuidan de sus esposas experimentan una disminución del apoyo social emocional, de la satisfacción marital, de la felicidad y del bienestar emocional, si se les compara con los varones que conviven con esposas no dependientes y que, por tanto, no necesitan ser cuidadas. Hay razones que hacen pensar que el cuidado tiene serias repercusiones no sólo emocionales sino también físicas en los hombres, por ejemplo problemas respiratorios, dificultades para dormir, elevado uso de medicamentos. Incluso los hombres que han institucionalizado a sus esposas en una residencia, aunque muestran una disminución de la problemática física y más tiempo de ocio, experimentan en la mitad de los casos niveles de depresión indicativos de riesgo de padecer un trastorno depresivo (Crespo & López, 2008; Glauber & Day, 2018; Kramer & Thompson, 2001; Mc Donnell & Ryan, 2013; Robinson, Bottorff, Pesut, Oliffe, & Tomlinson, 2014; Spandelow, Adam, & Fairhurst, 2017).

El metaanálisis de Pinquart & Sorensen (2006) en parte respalda este hallazgo pues encontró que hay más similitudes que diferencias entre mujeres y hombres cuidadores, y que la mayoría de los factores estresantes de cuidado, como el número de horas de cuidado, probablemente están más fuertemente determinados por las necesidades reales de la situación de cuidado y de la disponibilidad de recursos y ayudas adicionales, que por las diferencias de género en socialización, identidad o motivos de cuidado, como ha sido indicado en varios estudios. Es decir, a pesar de que encontraron diferencias de género estadísticamente significativas, estas eran pequeñas.

Por otro lado, también hay evidencias de que los hombres que perciben el cuidado como una tarea masculina se sienten menos frustrados en el rol de cuidador y, a veces, obtienen satisfacción y una fuente de autoestima a partir del cuidado (Kluczyńska, 2015). Como conclusión, la capacidad de cuidar no corresponde a un estado natural sino cultural y que tanto hombres como mujeres están en la capacidad de desarrollarlo y ejercerlo (Comas d'Argemir & Chirinos, 2017).

### **3.4. Cuidado informal a familiares dependientes: efectos sobre la salud y bienestar del cuidador**

El cuidado familiar, especialmente al cuidado a familiares dependientes, es una parte esencial del bienestar social, en la medida en que comprende un conjunto de actividades, bienes y servicios necesarios para las personas, que tiene gran incidencia en el desarrollo de los países pues constituye un aporte importante a la economía y en los niveles de bienestar. Pero llama la atención la escasa producción científica en torno a la temática del cuidado a familiares dependientes en personas mayores donde se aborde el sentido y los significados que el cuidado tiene para este grupo de población.

Debido al aumento de las personas mayores, también ha aumentado las que se encuentran en situación de dependencia y que necesitan cuidados. Y como hemos señalado con anterioridad, la prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico que puede conllevar serias consecuencias para la salud del cuidador/a (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; Pinquart & Sörensen, 2003b, 2007).

En primer lugar, si consideramos los efectos del cuidado en la salud física, el hecho de proporcionar cuidados de larga duración puede llevar asociada la presencia de una mayor sintomatología en distintos sistemas, incluyendo el respiratorio, el gastrointestinal, el cardiovascular, el neuro-sensorial, el musculo-esquelético y el inmunológico, entre otros. En diversos estudios se han descrito disfunciones a nivel neuro-cognitivo, además de alteraciones en la vitalidad, dolor corporal, la salud mental y en general, en el estado de salud global del cuidador en comparación con la población general (López et al., 2009; Pinquart & Sörensen, 2003b; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012). Ciertas revisiones han encontrado entre el 18% y el 35% de los cuidadores informales perciben su salud como regular o deficiente (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Pinquart & Sörensen, 2007; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995). Por ejemplo, en el metaanálisis de Vitaliano et al. (2003) se descubrió que

los cuidadores tenían niveles más altos de hormonas del estrés y niveles más bajos de respuestas de anticuerpos en comparación con los que no cuidaban. Incluso algunos investigadores han informado también de un mayor riesgo de mortalidad para cuidadores conyugales con altos niveles de estrés (Christakis & Allison, 2006; Fredman, Cauley, Hochberg, Ensrud, & Doros, 2010). Aunque este hecho puede deberse más a los efectos del estrés a corto plazo que al hecho de cuidar en sí (Fredman et al., 2010), puesto que también en algunos otros estudios hay evidencias sobre que los cuidadores tienen tasas de mortalidad más bajas que los no cuidadores en función del tiempo de cuidado, incluso los efectos beneficiosos del cuidado parecen superar cualquier efecto negativo, hasta en personas con importantes problemas (Fredman, Lyons, Cauley, Hochberg, & Applebaum, 2015; O'Reilly, Rosato, Maguire, & Wright, 2015). Muchos cuidadores encuentran que su función es más satisfactoria y gratificante que las quejas sobre el estrés o la tensión y, para muchos mejora su relación con el receptor de la atención (López, López-Arrieta, & Crespo, 2005; Wolff, Dy, Frick, & Kasper, 2007).

Como se ha visto, para algunos, el comportamiento de ayuda puede mejorar el bienestar y reducir la mortalidad. Las personas mayores que se sienten más útiles tienen tasas de mortalidad más bajas (Okun, Yeung, & Brown, 2013) y tener un propósito en la vida amortigua el riesgo de mortalidad (Gruenewald, Karlamangla, Greendale, Singer, & Seeman, 2007).

En cuanto a la edad de los cuidadores, la literatura ha sido inconsistente con respecto a las diferencias de edad y su relación con la salud. Uno esperaría que los cuidadores mayores tuvieran peor salud física debido al deterioro de la salud física que se asocia con el envejecimiento, y también porque los factores estresantes relacionados con el cuidado pueden tener efectos negativos más fuertes en el estado de salud de cuidadores mayores con problemas de salud preexistentes. Existen contradicciones en los resultados obtenidos por algunos estudios pues, por una parte, han encontrado peor salud física entre personas cuidadoras mayores, mientras que otros no las han encontrado, sugiriendo que tales efectos negativos del cuidado en la salud física en cuidadores/as mayores no son universales (Bacon et al., 2016; Cuthbert, King-Shier, Tapp, Ruether, & Culos-Reed, 2017).

Si nos atenemos al metaanálisis de Pinquart y Sörensen (2007), estos autores señalan los siguientes predictores de la mala salud física en los cuidadores: la severidad de los problemas de conducta y deterioro cognitivo del familiar, la duración del rol de cuidador, la

corresidencia, no ser un cuidador conyugal, mayor carga y depresión del cuidador, tener mayor edad, nivel socioeconómico más bajo y menor apoyo social. Todos estos factores fueron relacionados con una peor salud física entre los cuidadores y cuidadoras.

Por otro lado, los efectos perjudiciales del cuidado de dependientes sobre el bienestar psicológico están bien documentados, con mayores tasas de ansiedad y depresión y altos niveles de angustia psicológica (Coe & Van Houtven, 2009; Heger, 2017; López et al., 2009; Pinquart & Sörensen, 2003b, 2003a; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012). Además, los cuidadores y cuidadoras de familiares dependientes disminuyen su autocuidado personal (Gallant & Connell, 1997), experimentan mayor soledad (Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, & Wicker, 2017), menor satisfacción con la vida (Caldeira, Neri, Batistoni, & Cachioni, 2017) y más sentimientos de culpa (Losada et al., 2018).

Hansen y Slagsvold (2013) argumentan que gran parte de los estudios en relación al cuidado informal muestran que éste tiene importantes efectos psicológicos perjudiciales en el bienestar general, en concreto, con la satisfacción con la vida, el funcionamiento psicológico (autoestima, dominio) y en el bienestar afectivo (felicidad, depresión, soledad), ya sea a corto o a largo plazo. Además, estos efectos psicológicos adversos lo son tanto para hombres y mujeres independientemente de su edad y estado socioeconómico. De hecho, estos efectos son más marcados en las personas que cuidan de forma intensiva (más de 20 horas semanales) y los que corresiden con la persona familiar dependiente, especialmente si son mujeres (Heger, 2017; Masanet & La Parra, 2011). Los mecanismos por los cuales el cuidado produce efectos negativos sobre la salud se han relacionado con la experiencia de estrés crónico, debido a la sobrecarga física y psicológica que soportan las personas que cuidan y especialmente cuando el cuidado se prolonga en el tiempo (Crespo & López, 2008; del Rio-Lozano, 2014; Pinquart & Sorensen, 2006; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012).

Una posible explicación a este hecho es la esgrimida por del Rio-Lozano (2014), según el cual la sobrecarga derivada del cuidado está mediada por pensamientos disfuncionales, especialmente en las mujeres, que afectan a la forma en que interpretamos nuestra realidad e incidir directamente en nuestro estado de salud mediante la utilización de determinados estilos de afrontamiento poco adaptativos, algo que está vinculado con los mandatos de género recibidos durante la socialización (Saavedra, Bascón, Arias, García, & Mora, 2013; Vázquez-Sánchez et al., 2012).

A este respecto también se ha estudiado las consecuencias desiguales que acarrea el cuidado sobre la salud de los cuidadores en relación al sexo/género. Así, el sexo y otras características de las personas cuidadoras moderan e influyen en los efectos del cuidado en la salud.

La evidencia empírica sugiere que las mujeres mayores, de nivel socioeconómico desfavorecido, con mala salud previa y escaso apoyo social, sufren un peor impacto sobre su salud física y psicológica (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004), suelen padecer más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño, peor salud física y mayor sedentarismo (Alpass et al., 2013; Crespo & López, 2008; del Río-Lozano, García-Calvente, Calle-Romero, Machón-Sobrado, & Larrañaga-Padilla, 2017; del Río-Lozano et al., 2013; Hansen, Slagsvold, & Ingebretsen, 2013; Larrañaga et al., 2008; Møller, Gudde, Folden, & Linaker, 2009; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012).

Por el contrario, la mayoría de los estudios coinciden en que los hombres presentan menor malestar físico y emocional que las mujeres, pero que cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten (Larrañaga et al., 2008). Cuando se asume el rol de cuidador, las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidado y generalmente no buscan apoyo, en cambio los hombres sí (García-Calvente et al., 2007).

El apoyo social se ha considerado uno de los principales factores protectores y amortiguadores de los efectos negativos del cuidado en la salud y en la calidad de vida (del Río-Lozano et al., 2017). El mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que perciben las mujeres parece estar relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado (García-Calvente et al., 2007). En el cuidado informal existen desigualdades de género, socioeconómicas y de salud. El coste que asumen las mujeres por el hecho de cuidar es elevado en salud mental y emocional, en la salud cardiovascular y en oportunidades de desarrollarse profesional y personalmente, además de reducir sus redes de apoyos (Casado-Mejía & Ruiz-Arias, 2016; Pérez & Morales, 2014).

Entre las diferentes explicaciones que se han propuesto en relación a las diferencias de sexo halladas entre cuidadores destaca el trabajo de Vitaliano et al. (2003), según el cual las diferencias de género no se deben a aspectos concretos del cuidado, sino a que las mujeres son

más conscientes de sus problemas de salud y, por tanto, lo indican mayormente en las autoevaluaciones. Otros argumentos han asociado la peor salud en la mujer a su mayor implicación en el cuidado (García-Calvente et al., 2007), así como al mayor número de horas dedicadas al mismo (Masanet & La Parra, 2011). Junto a ello se ha señalado como mecanismo explicativo la existencia en las mujeres de una mayor sensibilidad al estrés propio y al que afecta a su red social más cercana (Matud, Carballeira, López, Marrero, & Ibáñez, 2002).

Con todo ello, y a pesar de que gran parte de la investigación ha girado en torno a las consecuencias negativas para la salud y el bienestar de los cuidadores, en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva del proceso de cuidado, especialmente en las posibles implicaciones positivas que supone para el cuidador/a. Contrariamente a lo que podría asumirse existe evidencia de que aparte de evaluaciones negativas los cuidadores también pueden detectar aspectos positivos en su labor como cuidadores (Koerner, Kenyon, & Shirai, 2009).

Hay pruebas de que el cuidado también se relaciona con emociones positivas entre las que se encontrarían el placer, la satisfacción y la gratificación (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002; Lloyd et al., 2016; Raschick & Ingersoll-Dayton, 2004). Para ilustrar esta idea, en una investigación longitudinal se observó que los cuidadores/as se adaptaron a la situación de cuidado con el paso del tiempo: la salud física no cambió y la salud mental mejoró en los cuidadores mayores (Alpass, Szabo, Allen, & Stephens, 2017). Además, aquellos cuidadores que reportan más ganancias respecto al cuidado de un familiar dependiente, en términos de felicidad, calidad de vida y satisfacción con la vida, se sienten menos sobrecargados, cuentan con niveles más bajos de afecto negativo (aunque no niveles más elevados de afecto positivo) y presentan menos problemas de salud mental (Díaz-Martínez & Ponsoda, 2017; Liew et al., 2010; Rapp & Chao, 2000).

En relación a la percepción de sobrecarga del cuidado, la resiliencia modula la respuesta de estrés del cuidador y se encuentra directamente relacionada con un tipo de personalidad, calificada como resistente, resiliente o *hardiness*, que sería una forma de concebir la vida de forma positiva, en aras al desarrollo del crecimiento personal (Fernández-Lansac & Crespo, 2011). Se ha demostrado que una mayor resiliencia se asocia a un mejor estado emocional y físico en los cuidadores/as (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres, & Rodríguez-Poyo, 2012): obtienen mayor satisfacción con el apoyo social recibido, autoeficacia, autoestima, autocuidado, extraversión, menor preocupación por los problemas del familiar mayor y menos

sintomatología depresiva y ansiosa (Crespo & Fernández-Lansac, 2015). Todos estos hallazgos apuntan a que dar, y en este caso cuidar, puede producir resultados beneficiosos para la salud y el bienestar, incluida una menor mortalidad para cuidadores informales (Brown & Brown, 2014).

Por otro lado, el cumplir las expectativas que la sociedad tiene de ellos como familiares de la persona dependiente que son, es decir, que están cumpliendo con una responsabilidad que les corresponde asumir, o cuando perciben que mediante su labor están contribuyendo a la unidad familiar, aumentan los niveles de satisfacción. El sexo, la edad y los ingresos son variables demográficas que probablemente diferenciarán el impacto del rol de cuidador

Por ejemplo, en el estudio de López et al., (2005), los cuidadores/as que experimentaron una mayor satisfacción fueron hombres, con más edad, y que tenían un ingreso familiar más bajo. En este estudio, los niveles de satisfacción podían ser superiores entre cuidadores hombres que en cuidadoras mujeres. Y en cuanto a la edad de los cuidadores, parece ser que esta variable correlaciona positivamente con los niveles de satisfacción experimentados, mientras que sus niveles educativos y socioeconómicos lo harían de forma inversa, siendo los que cuentan con menos estudios y recursos los que se mostrarían más satisfechos. Ser cuidador los hizo individuos más fuertes, y el cuidado de un pariente les permitió sentirse más cerca de su familia.

Otra variable que puede influir es la voluntad de cuidar, según Fabá (2016), aquellos que cuidan de otros por voluntad propia, en comparación con los que cuidan por imposición familiar o por falta de otra persona que pudiera hacerlo, tienden a estar más satisfechos con su rol.

En definitiva, los cuidadores pueden crecer y emerger más fuertes de la experiencia de cuidado. Entre las ganancias más reportadas está la del “crecimiento personal” que consiste en ser más paciente y comprensivo, volverse más fuerte y más resistente, tener una mayor autoconciencia y estar más informado. Otro aspecto positivo son “las ganancias en las relaciones”. Parece ser que los cuidadores experimentan una mejora en su relación con la persona cuidada, con otros en la familia o en su capacidad para relacionarse con otras personas mayores. La tercera ganancia experimentada es la de “ganancias de mayor nivel” que abarca la espiritualidad y relaciones más profundas con Dios (Netto, Jenny, & Philip, 2009). En el estudio cualitativo de Parveen, Morrison y Robinson (2011), los cuidadores

afirmaban haberse vuelto más altruistas y sensibles a los problemas de los demás, y tener mayor conciencia de que algunas de las habilidades que habían desarrollado podrían ser de ayuda a otros cuidadores. Se mostraban convencidos de haberse convertido en mejores modelos a seguir por parte de sus hijos debido a su forma de actuar ante la situación de necesidad de un familiar. Todos estos aspectos están muy ligados a la generatividad, pues los cuidadores familiares pueden ver su función como una oportunidad para descubrir fortalezas personales y estar más cerca del receptor de la atención (Peacock et al., 2010).

Como conclusión, los niveles de generatividad de los cuidadores y cuidadoras mayores, podrían bien constituir un recurso más del que dispondrían para desempeñar mejor su rol y lograr un envejecimiento con éxito, pleno y satisfactorio, pues, aparte de un recurso, la generatividad (o más concretamente la predisposición a actuar de forma generativa en el futuro) también podría ser considerada una consecuencia del cuidado.

### **3.5. Los abuelos cuidadores de sus nietos: El apoyo de las personas mayores a hijos/as y nietos/as**

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado que haya más personas mayores con más probabilidades de ser abuelos durante más tiempo. Hoy en día, los abuelos se han convertido en una “figura salvadora” o una fuente de apoyo para muchas familias, en las que ambos padres se ven en la necesidad de trabajar fuera de casa, y en un momento en el que los factores económicos y sociales limita la disponibilidad de recursos para el cuidado de los niños mientras tienen que trabajar. De hecho, el rol de los abuelos se ha visto modificado por las características histórico-sociales y por las necesidades de las familias que pueden demandar un rol más activo de estas personas mayores en la vida de los nietos (Triadó et al., 2009).

En la actualidad el rol de cuidador no solamente se mantiene sino que a consecuencia de las diversas transformaciones acontecidas en los sistemas familiares, se ha hecho más activo y notorio otorgándole mayor peso, al ejercer de cuidadores principales o padres sustitutos, cuando estos no pueden quedarse con los niños por motivos de trabajo o ante el surgimiento de cualquier imprevisto. La dedicación ha pasado de ser voluntaria y esporádica, a ser diaria y casi a jornada completa. En muchos casos ha pasado de ser una ilusión a una obligación, implicando para los abuelos un gran esfuerzo físico, emocional y económico bastante evidente

(Martínez-Martínez, 2015). Es por ello que muchas personas mayores han tenido que asumir el rol de ser los “canguros” de sus nietos y cuidadores principales.

Y es que los abuelos cuidadores se han convertido en una figura indispensable en la sociedad moderna, abuelos que en diferente grado de implicación tienen un papel en el cuidado y educación de sus nietos pequeños. Para muchos, esto puede ser un gran beneficio, pero para otros puede suponer una responsabilidad muy grande que termina por generarles estrés. Sin embargo, esta actividad bien gestionada por parte de abuelos y padres, puede ser muy positiva para las personas mayores pues contribuye a tener un envejecimiento activo y a una actitud optimista. Muchos abuelos hablan a menudo de la felicidad, la satisfacción y el orgullo que sienten cuando cuidan de sus nietos, se sienten útiles tras la jubilación y disfrutan de sus nietos mientras ayudan a sus hijos. Aunque si bien es cierto, que son muchos también los que alegan que el cuidado es una carga que no deberían asumir y critican el abuso que se hace en muchas ocasiones de ellos.

Gran parte de la evidencia empírica señala frecuentemente que el cuidado de los nietos impacta positivamente en la salud y puede reducir la mortalidad de los abuelos cuidadores. Estos argumentos se ven apoyados por un estudio reciente con datos longitudinales extraídos del Estudio de Envejecimiento de Berlín, en el que se ha encontrado que aquellos que cuidan de sus nietos ocasionalmente viven cinco años más que los que no lo hacen (Hilbrand, Coall, Gerstorf, & Hertwig, 2017). De acuerdo con esta investigación, el riesgo que tienen estas personas de morir en los siguientes 20 años se reduce hasta un 37%. Además, los autores del estudio destacan que esta labor que desempeñan los abuelos y abuelas aumenta la esperanza de vida significativamente más que estar sano y activo, e incluso tiene un mayor impacto en la mortalidad que ser diagnosticado con una enfermedad crónica o severa.

En este sentido, ayudar a otros puede estar asociado con un envejecimiento saludable que, a su vez, contribuye a la longevidad. Así, cuidar tiene beneficios significativos para la salud, pues recientes investigaciones sugieren que la asociación del cuidado que ejercen los abuelos y abuelas con la mayor longevidad está mediada por una mejor salud prospectiva (efecto indirecto) (Hilbrand, Coall, Meyer, Gerstorf, & Hertwig, 2017). No obstante este efecto no se observa en aquellos abuelos y abuelas que, por circunstancias trágicas, se ven obligados a hacerse cargo de la custodia de sus nietos. En realidad, el efecto es el contrario, ya que estas personas sufrían un descenso significativo en su esperanza de vida debido al estrés, mientras que no tener ningún contacto con los nietos también afecta negativamente (Coall, Hilbrand,

Sear, & Hertwig, 2018; Hilbrand, Coall, Gerstorf, et al., 2017). La situación puede tornarse difícil cuando implican muchas horas en el desempeño de los mismos, por adquirir una elevada responsabilidad traducida en un excesivo volumen de trabajo que conlleva a un mayor desgaste físico y psíquico.

Pero ¿a qué puede deberse esto?. Hay dos teorías al respecto. Por un lado, los investigadores alegan que es mucho más probable que los abuelos que están centrados en el cuidado de sus nietos y en inculcarles un modelo de vida saludable, como una buena alimentación o hacer ejercicio al aire libre, también se lo apliquen a sí mismos (Baker & Silverstein, 2008b). Constituye un gran beneficio porque les permite sentirse altamente integrados y mantener un buen nivel de salud. Por ejemplo, el hecho simplemente de llevar y recoger a los nietos a los colegios, les reporta aspectos positivos manteniéndoles activos; también favorece su rendimiento mental, al tener que habituarse a unos horarios y rutinas e inclusive en algunos casos ayudan a sus nietos en la realización de los deberes escolares. La segunda de las teorías sugiere que estas ganas por ayudar estimulan sentimientos de felicidad que actúan como un tapón para el estrés (Hilbrand, Coall, Gerstorf, et al., 2017; Hilbrand, Coall, Meyer, et al., 2017; Thomas, Liu, Umberson, & Sutor, 2017). Les produce sentimientos de alegría y felicidad al observar cómo crecen los nietos, el ejercer de cuidadores con los niños se considera un antidepresivo natural y un mecanismo contra la soledad característica de las personas mayores; hacen que se sientan reconfortados y aceptados como personas, les genera apoyo emocional a través de las múltiples manifestaciones de afecto, aceptación y reconocimiento como persona, además de autocontrol, aumento de la autoestima y la adaptación a situaciones cambiantes, consideran a los nietos como fuente principal de su bienestar, incrementándose de manera exponencial, la sensación de cercanía y proximidad cuando pasan tiempo con los niños (Weisbrot & Giraudo, 2012).

El lazo intergeneracional que une a nietos y abuelos continúa muy presente en nuestra sociedad, siendo muy sólido en España, dado que existe un claro intercambio de cuidados cuyo centro está en la familia y cuyo motor radica en estrechas relaciones afectivas. Según datos del IMSERSO (2017), alrededor del 20% de las personas mayores carece de nietos. Entre quienes los tienen, prácticamente todas mantienen relación con ellos, siendo excepcionales los casos en los que la hubo en el pasado, pero no en la actualidad o nunca ha existido esa relación (el 79.7% frente al 0.5%). Asimismo, el 17% de las personas mayores tienen biznietos, con los cuales cuatro de cada cinco se relacionan habitualmente. Pero son los

descendientes de menor edad, los nietos o las nietas, la principal fuente de satisfacción de las personas mayores. Entre quienes sí los/las tienen, la inmensa mayoría califica la relación actual que mantiene con ellos/as como totalmente satisfactoria: representando el 67.4% de todas las personas mayores, frente al 10.8% que la define como bastante satisfactoria y apenas el 1% que no la percibe ni satisfactoria ni insatisfactoria.

Las relaciones intergeneracionales también influyen en el envejecimiento activo, saludable y con éxito, siendo lógico que los encuentros entre generaciones deban comenzar en la familia. Para bien o para mal, la evidencia muestra consistentemente que las relaciones sociales y las relaciones familiares desempeñan un papel central en la formación del bienestar de un individuo a lo largo de la vida. Las relaciones familiares pueden ser incluso más importantes para el bienestar a medida que los individuos envejecen y aumentan las necesidades de cuidado, de modo que los vínculos sociales en otros ámbitos, como los vínculos laborales, se vuelven menos centrales en sus vidas (Milkie, Bierman, & Schieman, 2008). Las conexiones familiares y especialmente la calidad de las relaciones familiares, puede tener consecuencias considerables para el bienestar ya que pueden proporcionar un sentido, significado y propósito a la vida, así como recursos sociales y tangibles que benefician el bienestar (Thomas et al., 2017; Umberson & Karas, 2010). Tratar de mantener las relaciones familiares y sociales con un óptimo nivel de satisfacción en el que cada miembro de la familia sienta que todos colaboran en un bienestar común es un objetivo importante para alcanzar un envejecimiento satisfactorio.

La investigación reciente señala la importancia que las relaciones con los nietos y el contacto con ellos tienen para las personas mayores (Mahne & Huxhold, 2015), pues tal y como se ha mencionado anteriormente influyen en la salud y el bienestar (Pinqart & Sörensen, 2007). Los estudios sobre este tema destacan que entre los predictores del contacto de los abuelos y abuelas con sus nietos y nietas estarían: la distancia geográfica, la calidad de la relación entre abuelos y padres de sus nietos, el número de nietos, el género de los abuelos, el linaje del conjunto de nietos y el estado civil del abuelo (Pinazo-Hernandis & Montoro, 2004; Uhlenberg & Hammill, 1998). Pero una característica del rol de ser abuelo/a es que se encuentra fuertemente individualizado, definiéndose como “diverso y heterogéneo” así como “multidimensional” (Osuna, 2006), aspecto que enfatiza la variabilidad y diversidad que existe en este rol en la sociedad. En general, la investigación sobre la relación entre abuelo/a-nieto/a indica que ésta está influenciada o mediada por diversas variables como: la edad y el

género tanto del abuelo/a como del nieto/a, la orientación sexual, variables socioeconómicas tales como la situación laboral, el nivel educativo y los recursos económicos, la proximidad geográfica y la frecuencia de contacto entre abuelos y nietos, la compatibilidad psicosocial, características de la personalidad, la diversidad étnica y cultural, las limitaciones funcionales y los eventos vitales estresantes (Stelle, Fruhauf, Orel, & Landry-Meyer, 2010). Por lo común, la mayoría de los abuelos participan en actividades con sus nietos que consideran significativas, se sienten cercanos a sus nietos, consideran importante la función de los abuelos y experimentan un menor bienestar si pierden el contacto con ellos. De hecho, hay evidencias científicas de que los abuelos que pierden el contacto con sus nietos experimentan un aumento más pronunciado de síntomas depresivos a medida que envejecían en comparación con otros abuelos (Drew & Silverstein, 2007).

Por otro lado, normalmente las relaciones de los abuelos con sus nietos están relacionadas con un mayor bienestar tanto para abuelos como para nietos (Goodman, 2012), con algunas excepciones importantes, como cuando estas relaciones implican responsabilidades más amplias en el cuidado de sus nietos y que generan un mayor nivel de implicación y estrés (Kim, Kang, & Johnson-Motoyama, 2017; Lee, Clarkson-Hendrix, & Lee, 2016; Thomas et al., 2017). La revisión sistemática de Kim et al. (2017) sobre el bienestar psicológico de los abuelos y abuelas que son cuidadores de nietos, indica que el bienestar psicológico varía de acuerdo con las características sociodemográficas de los abuelos (por ejemplo, edad, raza y residencia conjunta con hijos adultos), situaciones de cuidado (por ejemplo, tipos de cuidado y actividades con los nietos) e indicadores de capital social (por ejemplo, relaciones familiares y apoyo social).

No obstante dependiendo de la edad que tenga el abuelo o la abuela, cuidar de los nietos puede ser un placer, o una pesadilla diaria. Hay evidencias de que el nivel educativo de las personas mayores puede ser un factor importante que medie en los resultados de un mayor o menor bienestar subjetivo. Por ejemplo, McGarrigle, Timonen y Layte (2018), han examinado cómo la asignación y las consecuencias del cuidado de nietos varían entre los diferentes grupos socioeconómicos. En este sentido, los abuelos con un mayor nivel educativo y por extensión, nivel socioeconómico, proporcionaron cuidados a sus nietos menos intensivos en comparación con los de menor nivel educativo, en parte debido a que los abuelos con educación superior eran más capaces de establecer límites con hijos/nietos, mientras que los grupos socioeconómicos más bajos se vieron constreñidos y menos capaces de decir que no.

Aunque también se han encontrado resultados que contradicen lo anterior, por ejemplo autores como Arpino, Bordone y Balbo (2018) han investigado estos aspectos desde una perspectiva comparativa entre países y usando datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa*, encuesta que abarca 20 países. Sus resultados muestran que el cuidado de nietos por parte de los abuelos (ya sea intensivo o no) generalmente se asocia con mayor bienestar subjetivo, aunque en los países en los que se espera socialmente que los abuelos desempeñen un papel como proveedores de cuidado infantil, no asumir dicho papel puede influir negativamente en su bienestar subjetivo. En este estudio, no encontraron apoyo para un efecto moderador de la educación en esta asociación, más bien son las expectativas sociales respecto al rol las que medían en un mayor o menor bienestar. Tampoco encontraron diferencias sorprendentes en relación al género o sexo de los participantes. La única discrepancia notable se refiere a que las abuelas a menudo están más satisfechas cuando brindan cuidados a los nietos.

Un área de investigación especialmente relevante es la de los abuelos que asumen cuidados extensos y regulares de sus nietos. Este papel de cuidador que asumen muchos abuelos y sobre todo las abuelas, se puede dar en circunstancias y con intensidades diferentes. Así, podemos imaginar un continuo de cuidados: en un extremo se situarían aquellas abuelas y abuelos que ejercen como cuidadores auxiliares, ocupando relativamente poco tiempo. En el otro extremo encontraríamos aquellos abuelos y abuelas que tienen a su cargo de manera continua a sus nietos, ejerciendo un papel paternal sustitutorio, ocupando esos cuidados gran cantidad de tiempo y esfuerzo (Triadó, Villar, et al., 2008). En muchos casos estas tareas de cuidado, sobrecargan sus capacidades físicas y emocionales y no todos tienen la capacidad de cuidar de los nietos.

Como se ha comentado, en la actualidad, muchas veces la dedicación ha pasado de ser voluntaria y esporádica a ser diaria y casi a jornada completa, y en muchos casos, ha pasado de ser una ilusión a una obligación, implicando un esfuerzo físico, emocional y económico muy importante. La implicación de muchos abuelos en la educación de sus nietos es tal, que los abuelos españoles dedican una media de seis horas diarias al cuidado de sus nietos, lo que supone en muchas ocasiones más tiempo del que los propios padres dedican a sus hijos (IMSERSO, 2010b). Este papel de cuidador parental de los abuelos es el que ha recogido gran parte de la literatura existente, resaltando el estrés y el efecto que tiene para la salud de estos abuelos realizar este rol de sustituto de los padres en un momento no-normativo de sus vidas,

aunque los resultados en torno a este tema son contradictorios también. Es el caso de la investigación de Di Gessa, Glaser y Tinker (2016), en la cual se demostró que los abuelos que cuidan a sus nietos, ya sea de forma intensiva o no intensiva, experimentan beneficios para la salud.

Por el contrario, autores como Triadó et al. (2008) indican que en comparación con los abuelos con una menor implicación, los abuelos que son cuidadores principales de sus nietos, no sólo muestran una alteración significativa de la actividad cotidiana, reduciendo especialmente el tiempo que dedican al ocio y a sí mismos, sino que también suelen mostrar niveles mayores de depresión y estrés psicológico, pues enfrentan desafíos especiales debido a las brechas generacionales, la culpa y las preocupaciones (Blustein, Chan, & Guanais, 2004; Lee et al., 2016a; Lumpkin, 2008; Musil, Warner, Zauszniewski, Wykle, & Standing, 2009; Taylor, Marquis, Coall, & Werner, 2018). Adicionalmente, algunos estudios encuentran también que los abuelos cuidadores primarios (cuidadores principales), presentan una peor evaluación de su relación con su nieto y menores niveles de bienestar subjetivo, aunque en este último aspecto no todos los estudios coinciden (Hughes, Waite, LaPierre, & Luo, 2007; Mahne & Huxhold, 2015; Pruchno & McKenney, 2002).

Este aspecto es otro de los fenómenos que empieza a surgir, y del que apenas existen estudios, es el que denominan “abuelos esclavos”. Se trata de una situación que existe y que caracteriza a aquellos abuelos y abuelas que empiezan a cuidar de sus nietos por ayudar a sus hijos y acaban olvidándose de ellos mismos, de su vida social. Esto se puede traducir en estrés, angustia y en la sensación de exceso de responsabilidad porque deben llevar a cabo acciones que no les corresponden y tiene que hacer de educadores y no de abuelos. Según la encuesta de la Fundación Mémora realizada a 750 personas mayores de 60 años en Catalunya (Europapress, 2018), sólo el 12% de los abuelos decide cuándo cuidar a sus nietos, y de entre ellos, sólo el 3.4% de los abuelos se considera como un “esclavo” del cuidado de sus nietos. Para los responsables de la encuesta es probable que, aunque actualmente el porcentaje de abuelos que se consideran “esclavos” es muy bajo, es posible que aumente en los próximos años, así como el porcentaje de los que declinan tanta responsabilidad, dado que el perfil de los nuevos jubilados está cambiando, porque cada vez tienen más instrucción, empoderamiento y capacidad de decidir lo que quieren y lo que no.

Aunque la participación en actividades de cuidado de nietos parece promover una mejor salud física y mental, su impacto sobre el estado cognitivo y la depresión aún no se ha

dilucidado completamente. A este respecto, Trevisan et al. (2018) señalan que la participación de las personas mayores en el cuidado de nietos parece disminuir el riesgo de deterioro cognitivo en ambos sexos y prevenir la aparición o el empeoramiento de la depresión, particularmente en hombres mayores. En cambio, McGarrigle et al. (2018), por el contrario, señalan que el cuidado intensivo del nieto se asocia a más síntomas depresivos y menor bienestar aunque fue moderado por la participación en actividades sociales y el nivel de logro educativo. Es decir, los abuelos con menor nivel educativo, pueden estar más expuestos y ser menos capaces de lidiar con aspectos estresantes de la tarea de cuidado de nietos, que sus contrapartes mejor educados (Mahne & Huxhold, 2015), aspectos que también fueron resaltados en el metanálisis de Pinquart & Sörensen (2007) sobre cuidadores, donde la edad avanzada, el nivel socioeconómico más bajo y los niveles más bajos de apoyo informal se relacionaron con una salud más pobre en personas mayores cuidadoras.

Incluso hay evidencias de que estas percepciones de carga varían en función del sexo del abuelo cuidador. Los resultados para los hombres jubilados parecen estar más en línea de que la libertad de las obligaciones de cuidado de nietos se asocia con mayor bienestar; dicho de otro modo, que las obligaciones de cuidado familiar estropean la jubilación y perciben un menor bienestar, mientras que los resultados sugieren que para las mujeres la tarea a jornada completa influye más en su nivel de depresión, apuntando un escenario que es más compatible con la tesis de ajuste a los roles de género (Baker & Silverstein, 2008a; Szinovacz & Davey, 2006).

Por lo tanto, el efecto del cuidado de nietos sobre el bienestar de los abuelos y las abuelas depende de si estos cuidados se proporcionan por elección u obligación, cuidar de los nietos no puede convertirse en una carga ni en una obligación impuesta. La relación de los abuelos con los nietos tiene que ser beneficiosa para ambos. En el desempeño de este rol, el cuidado no debe convertirse en una obligación porque impide un envejecimiento activo y saludable. Las personas mayores dedican en ocasiones un tiempo excesivo al cuidado, lo que limita sus posibilidades de realización, autonomía y participación social. A este respecto, Peterson (2017) concluye que antes de asumir el rol de cuidador principal, los abuelos mayores describen su salud física como buena, llena de actividad física y razonablemente libre de limitaciones funcionales en relación con la salud. Después de ingresar en el rol de cuidador primario, los abuelos mayores describen restricciones funcionales y cambios visibles en su salud física y experimentan ansiedad, preocupación, depresión, tristeza y frustración.

Las investigaciones que evalúan la percepción de estrés en el rol de abuelo han demostrado que la percepción de apoyo social y los recursos comunitarios moderan la asociación entre el estrés del cuidador o sobrecarga y el bienestar (Phillips & Reed, 2010; Sands, Goldberg-Glen, & Thornton, 2005); es decir, una baja percepción de estrés en relación con el cuidado de nietos y a su vez una mayor percepción de recursos y apoyo disponibles eran responsables de un alto nivel de bienestar en abuelos cuidadores. Similares conclusiones alcanzaron otros autores como Landry-Meyer, Gerard y Guzell (2005) quienes sugieren que el apoyo social informal y formal tiene una influencia beneficiosa en la percepción de estrés de los abuelos independientemente de la cantidad de estrés que experimentan. Pero destacan además, que el apoyo social no amortiguó la asociación entre el estrés del cuidador y la satisfacción con la vida, ni la asociación entre el estrés del cuidador y la generatividad, pero un alto grado de apoyo informal percibido funciona en detrimento de los abuelos en condiciones de alto estrés a través de una menor actividad generativa.

A pesar de que el género del cuidador es un factor contextual importante en la configuración de la percepción de estrés y sobrecarga, a menudo pasan desapercibidos los hombres que son abuelos y que asumen la responsabilidad de cuidar a sus nietos, pues muchas veces la información que conocemos sobre los cuidadores de nietos depende en gran medida de la información reportada por las abuelas, pues ha habido una tendencia a ser vistos a través de una concepción feminizada del rol de abuelo derivada del enfoque en la experiencia de la abuela únicamente (Stelle et al., 2010). En un estudio en Estados Unidos realizado por Park (2009) se evaluaron los factores comunes y diferenciales en función del sexo del abuelo cuidador en la salud mental. Sus resultados indican que los factores relacionados con un nivel más bajo de salud psicológica en las mujeres abuelas son la edad (más joven), salud deficiente, menor nivel educativo, no tener empleo, vivir en la pobreza y cuidar a nietos con problemas graves de conducta. Por el contrario, los factores asociados con la mala salud psicológica en los abuelos varones son vivir sin pareja o no estar casado, la mala salud y el cuidado de nietos muy jóvenes (menores de cinco años) o nietos con graves problemas de conducta. Además, la participación social activa (actividades de voluntariado y asistencia a servicios religiosos) está directamente asociada con una mejor salud psicológica sólo para las abuelas y no para los abuelos.

También se ha descubierto que los abuelos varones desean estar activos en las vidas de sus nietos y nietas, es decir comprometerse y participar en la vida de sus descendientes y

buscan servir como mentores, transferir valores y enseñar lecciones de vida a sus nietos, dentro de los roles de género tradicionales (Mann, 2007; Mann, Tarrant, & Leeson, 2015; Scraton & Holland, 2006; Stelle et al., 2010). En relación con lo anterior, una investigación de Kolomer y McCallion (2005) ilustra esta idea. Estos autores que trataron de explorar la experiencia de los abuelos y abuelas, hallaron diferencias significativas en el impacto del cuidado de nietos entre sexos, pero para los abuelos cuidadores la experiencia del cuidado de nietos involucraba la pérdida de la libertad, la pérdida de un papel esperado como abuelo no cuidador, las preocupaciones sobre su propia salud y las implicaciones para sus nietos si su salud empeoraba aún más. Por tanto, las experiencias de los hombres como cuidadores pueden ser diferentes de las de las mujeres. La evidencia muestra que estos cuidan de manera diferente. Y los estudios sobre el papel del género en el cuidado deberían centrarse en esas diferencias, más que en una comparación de quién realiza la atención mejor o peor (Calasanti, 2004b; Calasanti & King, 2007).

Los estudios que tratan de establecer un perfil de estos abuelos cuidadores han puesto de manifiesto que el género es un aspecto importante para entender el cuidado. Las normas tradicionales de género según las cuales las mujeres se orientan más a roles expresivos y los hombres a roles instrumentales inducen a pensar que, tanto el significado de la llegada de los nietos como la posibilidad de asumir su cuidado, variarán poderosamente en función del mismo (Ramón, 2016). La experiencia de las relaciones intergeneracionales varía para hombres y mujeres, tal y como demuestra la evidencia de diversas investigaciones sobre esta temática (Thomas et al., 2017). En general, las mujeres tienden a estar más involucradas y afectadas por las relaciones intergeneracionales y, por otra parte, los hijos adultos se sienten más cercanos a las madres que a los padres. Además, la calidad de la relación con los hijos está asociada más fuertemente con el bienestar de las madres que con el bienestar de los padres. En este sentido, la maternidad y el cuidado parece ser más importante para las mujeres y en la mayoría de las ocasiones, éstas cargan con una parte desproporcionada de la crianza, incluyendo un mayor cuidado para los nietos y los padres que envejecen, situaciones que pueden conducir a un menor bienestar en general.

En otras palabras, las abuelas tienden a tener relaciones más íntimas y cálidas y a actuar como madres sustitutas expresando una mayor satisfacción con su nuevo rol que los abuelos, lo que viene influido por la tendencia cultural de diferenciación sexual de roles (Ramón, 2016; Triadó, Celdrán, et al., 2008). También, a este respecto, algunas investigaciones indican

una inclinación matrifocal: la abuela materna es la más comprometida e implicada en la crianza, la que tiene un contacto más frecuente con los nietos y la que suele actuar más como “cuidadora sustituta” que la de la línea paterna (Osuna, 2006).

En España la distinción del género sigue siendo relevante en la vida de las personas mayores. Según los datos de la *Encuesta de Mayores* (IMSERSO, 2010a) la frecuencia de cuidado a los nietos es en general elevada para ambos sexos, sin embargo, la asiduidad por parte de las abuelas es siempre ligeramente superior. La mitad de las abuelas (51.2%) cuidan a sus nietos “casi diariamente”, lo que es reflejo sobre todo de uno de los factores que facilitan el contacto: la proximidad residencial a la que se encuentran de sus hijos. Situación similar ocurre con la frecuencia de “casi todas las semanas”, con un 45.5% de las abuelas. Para los abuelos, ambas frecuencias de cuidado son levemente inferiores, con un 47.3% y un 40.2% respectivamente.

Tal y como explica Ramón (2016), por parte de las abuelas el cuidado de los nietos siempre se inicia a partir de acontecimientos familiares que les reclaman para el desempeño del papel de cuidador. Un papel que en la mayoría de los casos, y por razones culturales y educativas, suele recaer fundamentalmente en la abuela que se convierte en la cuidadora principal; quedando el abuelo como cuidador secundario o complementario. Incluso hay estudios que revelan que las abuelas son más propensas a estar insatisfechas con la cantidad de contacto con sus nietos que los abuelos, incluso sin diferencias reales en la cantidad de contacto (Reitzes & Mutran, 2004). El contacto con los nietos puede ser visto por las abuelas como un derecho y una expectativa, mientras que los abuelos tienen menos expectativas y, por lo tanto, para ellos el contacto con los nietos se considera como algo más voluntario. Además, la provisión regular de cuidado tiene un efecto negativo significativo en la cantidad de actividades en las que participan las abuelas (Arpino & Bordone, 2017).

Con relación a las investigaciones que abordan las experiencias de los abuelos y abuelas en cuanto a la satisfacción, se han encontrado resultados que se contradicen. Por una parte, se ha encontrado que los abuelos experimentan menos satisfacción en sus relaciones con sus nietos, aunque el papel de los abuelos y la responsabilidad percibida de los nietos eran igualmente importantes para hombres y mujeres, sugiriendo una menor satisfacción con el rol de abuelo para los varones (Reitzes & Mutran, 2004). Pero por otra, también hay estudios que encuentran poca o ninguna diferencia en la satisfacción entre abuelas y abuelos (Thiele & Whelan, 2006).

Resumiendo, tal y como apuntan Triadó et al. (2009), podríamos decir que la satisfacción que los abuelos y abuelas sienten al realizar este rol, en general es muy elevada para ambos sexos, tanto desde un punto de vista emocional (felicidad, disfrute, intimidad o alegría con el rol de ser abuelos cuidadores), así como de forma más cognitiva (una reflexión de cómo esta actividad tiene un efecto positivo en sus vidas, les da una mayor actividad o pueden asegurarse de que sus nietos están bien cuidados). Similares conclusiones alcanzaron Condon, Luszcz y McKee (2018), quienes demostraron que la transición al rol de abuelo no tiene un impacto adverso sustancial en cinco medidas de salud mental. Básicamente cuanto más tiempo se dedica a cuidar a los nietos mejor es la salud mental.

Por consiguiente, el cuidado de nietos es más una fuente de emociones positivas y una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante que una carga o una responsabilidad estresante, tanto para hombres como para mujeres, a pesar de ciertos matices diferenciales que varían entre sexos, en relación a la vivencia o experiencias de esta actividad de cuidado. Como referencia, mencionar a Triadó et al. (2014), en cuyo estudio la intensidad y el tipo de atención proporcionada no tuvieron ningún efecto significativo en la salud y el bienestar de los abuelos. Por el contrario, la percepción de las dificultades relacionadas con el cuidado (menor apoyo sobre todo) predecía niveles más bajos de salud y bienestar entre los abuelos.

Con independencia del tipo de abuelo que se sea, el hecho de tener un nieto supone la creación de una nueva relación y una nueva posición dentro de la familia que puede estimular el desarrollo no sólo de uno mismo como abuelo o abuela, sino de los nietos y de la familia como una unidad. De acuerdo con la Teoría de la Selectividad Emocional (Carstensen, 1992), las personas se vuelven emocionalmente selectivas a medida que envejecen y, por lo tanto, eligen mantener principalmente sus relaciones más cercanas (es decir, las relaciones familiares), incluidas sus relaciones abuelo-nieto; es por ello que los abuelos encuentran gratificante su rol en general, pues en él encuentran maduración, afecto mutuo, orgullo y actividades compartidas (Mansson, 2016).

La satisfacción que los abuelos sienten al realizar este rol es muy elevada en la mayoría de las investigaciones revisadas. Para Triadó et al. (2009) ser cuidador auxiliar (no primario) de los nietos parece un rol satisfactorio para los abuelos, un rol que permite a las personas mayores sentirse útiles y fortalecer las relaciones familiares. Tal es así que algunos autores

han incluido este rol en el concepto ampliado de generatividad, por su carga de transmisión de conocimientos y valores hacia las generaciones siguientes, es decir, los nietos.

En el estudio de Moore y Rosenthal (2015), los abuelos que eran cuidadores de sus nietos tuvieron una sensación positiva de vivir vidas productivas y que valían la pena, y la mayoría reportaron puntajes altos en satisfacción con la vida y generatividad. La mayoría estuvo activamente comprometida con sus nietos, participando en una amplia gama de actividades. Y en concreto para las abuelas, la abuelidad es un rol especialmente gratificante, pues el compromiso activo con este rol se relacionó positivamente con la satisfacción, y las mujeres tienen una sensación positiva de crecimiento personal.

Por todo ello, la interacción con los nietos ayuda a los abuelos a sentirse activos y útiles, como transmisores de valores, a pesar de que también los abuelos acusan carga y ambigüedad de rol en ciertos momentos, especialmente ante la falta de recursos y apoyo social. Todo parece indicar que el cuidado de nietos, aumenta y potencia su propósito de su vida y ofrece una segunda oportunidad de disfrutar lo que no pudieron con sus propios hijos (Arpino & Bordone, 2017; Noriega, López, Domínguez, & Velasco, 2017). A nivel emocional, el recibir cariño por parte de los nietos favorece su sentido de valía y estima personal; también pueden disfrutar de muchas cosas y actividades con ellos que probablemente no pudieron hacer con sus propios hijos, ya que en el caso de los nietos, el papel como “educadores” es un poco más relajado.

Como se ha comentado al principio de este capítulo, el logro madurativo de la etapa propia de la vida adulta es la generatividad frente al estancamiento, tanto a nivel personal -es decir con respecto a uno mismo- como interpersonal -en relación a los otros-. Es un elemento importante en el desarrollo humano. Al situarnos en el polo de la generatividad, la virtud que se deriva de ese logro madurativo es el cuidado, lo que conlleva promover el desarrollo de los que uno tiene a su cargo, así como ello promueve también nuestro propio desarrollo, por lo que resulta clave en prácticamente toda situación en la que uno está llamado a ser responsable de otros, directa o indirectamente (Zacarés & Serra, 2011).

Sin embargo, la generatividad y el envejecimiento con éxito es un área de investigación importante pero poco estudiada. Todavía se necesita investigación sobre las complejas relaciones entre el cuidado, la generatividad y el bienestar. No obstante ya se tiene considerable apoyo empírico sobre la influencia que los actos generativos tienen en un mejor

bienestar (Adams-Price, Nadorff, Morse, Davis, & Stearns, 2018; Huta & Zuroff, 2007). Pero en concreto, en lo que respecta al cuidado, la evidencia todavía es escasa, aunque hay estudios sobre los aspectos positivos del cuidado, que reflejan conductas generativas, por ser una fuente importante de satisfacción personal.

La evidencia sugiere que la preocupación y el cuidado por el bienestar de los demás, particularmente hacía las generaciones más jóvenes es un componente importante del envejecimiento con éxito; es decir, la generatividad contribuye al envejecimiento exitoso (Moieni, 2017; Schoklitsch & Baumann, 2012; Versey & Newton, 2013). Los cuidadores obtienen una mayor satisfacción al ver que pueden ayudar a sus familiares a sentirse más cómodos, sintiéndose necesarios y queridos. En parte consideran que ésta es una forma en la que pueden demostrar su amor por la persona que cuidan (Kuuppelomäki, Sasaki, Yamada, Asakawa, & Shimanouchi, 2004). Por lo tanto, tener una mayor generatividad puede ser un aspecto positivo del cuidado que podría ayudar a mitigar algunas de las consecuencias adversas para la salud y el bienestar que se han relacionado con la atención a los demás y puede ayudar a aliviar la carga del cuidador y explicar el por qué a algunos cuidadores les va mejor que a otros (Grossman & Gruenewald, 2017; Song, Cha, Choi, & Jung, 2015).

En estudios longitudinales se ha encontrado que las actitudes altruistas pueden promover estados afectivos positivos y satisfacción vital en los últimos años de la vida (Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana, & Midlarsky, 2013). Tales actitudes reflejan una voluntad de ayudar a los demás y una orientación caracterizada por la generosidad. De este modo, las actitudes altruistas, como el voluntariado y las conductas de ayuda informales, contribuyen de forma única al mantenimiento de la satisfacción con la vida, el afecto positivo y otros resultados de bienestar y por extensión, al envejecimiento satisfactorio. Tal y como explican McAdams y de St. Aubin (1992), la generatividad está motivada por un deseo de inmortalidad simbólica, una necesidad de ser necesario y la expectativa de que uno debe ser un miembro contribuyente para la sociedad. En suma, el concepto de generatividad, como un elemento importante en el desarrollo humano, impacta significativamente en la capacidad de envejecer con éxito. Implica criar y guiar a la próxima generación y contribuir a la sociedad.





## Capítulo 4

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SALUDABLE Y CON ÉXITO

*“Todas las oportunidades marcan el transcurso de nuestra vida,  
incluso las que dejamos ir...”*

El curioso caso de Benjamin Button

Película estrenada en 2008

Basada en un relato de F. Scott Fitzgerald (1896-1940)

Novelista y escritor estadounidense



#### **4.1. Orígenes del estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva**

El envejecimiento de la población es un hecho, y es el resultado de uno de los mayores logros de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Uno de los cambios más significativos que se están produciendo en las sociedades desarrolladas es la tendencia progresiva al envejecimiento de la población mayor a edades más avanzadas, sobre todo en las personas de más de ochenta años. Vivir más de 100 años se hace cada vez más factible. El mundo de hoy, especialmente en los países con un mayor desarrollo económico y social, se encuentra, sin duda, en los umbrales de una nueva era, la era de la longevidad. Por tanto, resulta inevitable y justo aspirar a que esos años ganados se puedan cursar con un máximo de calidad, es decir, con dignidad y autonomía, con salud y capacidad funcional, con participación social y económica, entre otras muchas cosas (Engler & Peláez, 2002). El envejecimiento positivo es uno de los enfoques teóricos existentes para abordar el envejecimiento, cuya esencia radica en que no se limita a solucionar problemas, sino que lo que busca es crear un futuro deseable.

No cabe duda que los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan, tienen profundas repercusiones para cada uno de nosotros y para las sociedades en las que vivimos. Si bien otorgan oportunidades sin precedentes, es probable que tengan efectos fundamentales en la forma en que vivimos nuestras vidas, las cosas a las que aspiramos y las maneras en que nos relacionamos con los demás (OMS, 2015). Aunque el envejecimiento a escala mundial probablemente impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países, al mismo tiempo, las personas mayores pueden ofrecer valiosos recursos, a menudo ignorados y realizar una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (Alvarado & Salazar, 2014).

Ser mayor en la actualidad supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados. Cuando las personas mayores de hoy eran pequeñas, los cambios eran lentos, esperados y se daban en el entorno más cercano; hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan lo local y lo universal. Muchas veces, las personas mayores no encuentran los recursos necesarios para adaptarse a situaciones que suponen nuevos valores y nuevas maneras de ver la realidad y actuar en ella. Las personas mayores de hoy se encuentran con una mayor esperanza de vida al nacer que sus predecesores, con cambios en las formas de vida y en los valores, con un aumento de su autonomía e independencia fruto de multitud de

factores que interrelacionan, es decir, con más capacidades personales, más salud, con un mayor grado de seguridad e independencia económica, con mucho tiempo libre para disfrutarlo y participando en centros, instituciones y organizaciones de diverso tipo (Limón & Berzosa, 2006). Además destaca el alto porcentaje de mujeres mayores en relación a los hombres, sobre todo, en las edades más avanzadas, que han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un importante papel social de cuidadoras de padres, suegros, maridos, hijos, nietos y familiares. Muchas de ellas llegan a edades avanzadas con pocos recursos económicos, carencias formativas y con reducidas redes sociales (Serdio, Díaz, & Torrubia, 2009).

Tradicionalmente los estudios sobre el envejecimiento han tendido a centrarse en los problemas que se suponen inherentes al proceso de envejecimiento desde una perspectiva negativa. Es decir, algunos autores destacan que en sus comienzos, la investigación gerontológica estaba dominada por un paradigma centrado casi exclusivamente en los aspectos negativos del envejecimiento y muchos de los materiales publicados estaban enfocados a describir trastornos y déficits (Depp & Jeste, 2006; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, & Caprara, 2007).

Frente a esta perspectiva centrada fundamentalmente en la pérdida, basada en el modelo médico tradicional, durante las últimas décadas del siglo XX se ha venido forjando un nuevo paradigma del estudio de envejecimiento. En él se ha trasladado el foco de estudio desde la perspectiva negativa hasta un enfoque positivo, que trata de estudiar cómo las personas mayores son capaces de evitar o superar dificultades, de mantener elementos importantes en su vida e incluso acumular competencias y ganancias hasta edades muy avanzadas (Marsillas, 2016; Villar, 2013). De esta manera, se trata de evitar asociar el envejecimiento exclusivamente a la idea de declive, para pasar a explorar el potencial y los límites de desarrollo en las últimas décadas de la vida.

Según Fernández-Ballesteros et al. (2007), la investigación del envejecimiento desde una perspectiva positiva surgió gracias a una serie de acontecimientos que ocurrieron a lo largo del siglo XX: el cambio en la conceptualización de la salud propuesta por la OMS, el progresivo aumento de la población después de la Segunda Guerra Mundial, el surgimiento de la teoría del ciclo vital, la expansión de la psicología positiva y el interés de las organizaciones no gubernamentales internacionales, tales como la ONU, la OMS o la OCDE, así como de comunidades políticas como la Unión Europea.

Conceptos como el de envejecimiento activo, envejecimiento competente, satisfactorio, envejecimiento con éxito o envejecimiento productivo son diferentes maneras de abordar científicamente esta perspectiva positiva de la vejez. Y aunque todos ellos apuntan a una misma dirección, cada uno presenta matices y énfasis diferentes (Villar, 2012a). Sobre este aspecto, Fernández-Ballesteros et al. (2010; 2008), indican que el envejecimiento con éxito es un concepto relativamente nuevo que ha ido consolidándose en los últimos años, sinónimo de otros conceptos tales como envejecimiento “saludable”, “activo”, “productivo”, “óptimo”, “satisfactorio” y “positivo”. Todos estos conceptos surgen a partir de las aportaciones de Rowe y Kahn (1987) sobre las formas de envejecer y que redujeron sintéticamente a tres: envejecimiento “usual o normal”, “patológico” y “con éxito”. Tal y como argumenta estos autores (Fernández-Ballesteros et al., 2010), fue a partir de la década de los 90, cuando este concepto inicial se fue diversificando, adoptando distintas denominaciones y dando lugar a varias líneas de investigación que parten de una misma visión positiva de la etapa vital de la vejez. En la actualidad existe cierta controversia acerca de la posible equivalencia o no de todos estos conceptos, pues todos ellos tienen elementos en común. Algunos autores los utilizan indistintamente en sus estudios, mientras que otros tratan de establecer diferencias entre ellos (Marsillas, 2016). Son muchos los investigadores que se han dedicado a elaborar modelos teóricos tanto desde el planteamiento del envejecimiento activo y saludable como del planteamiento del envejecimiento con éxito, tratando de definir y describir los elementos centrales con el objetivo de identificar los elementos que lo componen (Petretto, Pili, Gaviano, Matos-López, & Zuddas, 2016). El envejecimiento con éxito o activo y saludable es un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Se entiende como “un estado en el que el individuo es capaz de evocar mecanismos psicológicos y sociales adaptativos para compensar sus limitaciones fisiológicas y alcanzar un estado de bienestar, alta calidad de vida y sentimiento de realización personal incluso en un contexto de enfermedad y discapacidad” (Young, Frick, & Phelan, 2009, p. 88-89).

En las últimas dos décadas, la investigación se ha expandido considerablemente, desarrollándose modelos que describen procesos que pueden conducir a un envejecimiento positivo (Martinson & Berridge, 2015). Muchas teorías y estudios de investigación han tratado de describir el envejecimiento exitoso, aunque sin embargo, existe poco acuerdo sobre cómo definirlo o medirlo, y en consecuencia, nuestra comprensión de las características asociadas con el envejecimiento exitoso carece de claridad, ya que los estudios a menudo

confunden los correlatos con el constructo mismo (Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al., 2010), es decir, existe una frecuente confusión entre las definiciones o criterios y sus predictores o determinantes (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Por todo ello, es importante repasar el recorrido de la evolución y el desarrollo de las diversas teorías y modelos que se han gestado para abordar el envejecimiento y que se han ido instaurando propiciando así el cambio de paradigma hacia un enfoque positivo de la vejez, ayudando a entender mejor la importancia de envejecer bien.

A lo largo de este capítulo, nos encargaremos de describir y sintetizar la literatura sobre algunos de los modelos que describen el envejecimiento desde la perspectiva positiva en la actualidad, distinguiendo entre los modelos de tradición europea que hablan sobre el envejecimiento activo y saludable, de los que deriva el modelo de la OMS, y cuya principal referencia se encuentra en los estudios de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2010; Fernández-Ballesteros, Schettini, Santacreu, & Molina, 2012), y, por otra parte, revisaremos parte de los modelos que derivan de la tradición estadounidense que hablan de envejecimiento con éxito, cuyas primeras referencias son Havighurst (1961) y el modelo de Rowe y Kahn (1987). Además, veremos el reciente debate sobre los modelos anteriores y cómo se empiezan a difundir los nuevos modelos que tratan de superar las limitaciones de los anteriores: a través de enfoques holísticos, se intentan superar los rígidos límites conceptuales y describir modelos universales e inclusivos que permitan a cualquier persona envejecer con dignidad (Liang & Luo, 2012; Martinson & Berridge, 2015).

## **4.2. El envejecimiento con éxito**

### **4.2.1. Definiciones y modelos teóricos**

A continuación, en este apartado se hará hincapié en aquellos autores que han popularizado el tema del envejecimiento con éxito, presentar algunas de estas definiciones y modelos teóricos, así como una síntesis de sus puntos en común y sus diferencias, dado que esta conceptualización ha ido evolucionando a lo largo de los años, pudiéndose observar tres periodos diferentes en la historia, constitución y desarrollo de este concepto (Marsillas, 2016; Fernández-Ballesteros, 2009).

Un primer periodo, que llega hasta finales de los años 70 aproximadamente y en donde encontramos una de las primeras definiciones de envejecimiento con éxito en la literatura

gerontológica, es la presentada por Robert Havighurst (1961), si bien el concepto existe ya desde la década de 1950 (Butler, 1974; Calatayud, 2016; Pressey & Simcoe, 1950). Este autor, afirmó que para que la gerontología pudiese realizar correctamente su labor, se debería elaborar una teoría sobre el envejecimiento con éxito que describiese las condiciones a través de las cuales promover el máximo nivel de satisfacción y felicidad (Petretto et al., 2016). Para Havighurst, el estudio del envejecimiento exitoso fue un tema central y elaboró una primera teoría de envejecimiento con éxito denominada la *Teoría de la Actividad*.

Tal y como describe Martin et al. (2015), en el momento de la proposición de Havighurst, existían dos teorías contrapuestas sobre el envejecimiento exitoso: la *Teoría de la Actividad* (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1964) y la *Teoría de la Desvinculación o Desconexión* (Cumming & Henry, 1961). La Teoría de la Actividad se basa en que el envejecimiento con éxito significaba mantener las actividades y actitudes de la mediana edad en la vejez, como alternativa a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo. El autor de dicha teoría, defiende que las personas que presentan un envejecimiento con éxito están satisfechas, son activas, independientes, autosuficientes y, sobre todo, contrastan con la visión tradicional del declive (Petretto et al., 2016). Por otro lado, la *Teoría de la Desconexión*, plantea que una persona que envejece con éxito querría, con el tiempo, desvincularse de una vida activa, tendría una necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la edad con el fin de prepararse para la muerte. La tarea central del envejecimiento se convierte así, en ir abandonando gradualmente y de la mejor manera posible, en un proceso gradual de retirada.

Al mismo tiempo, Reichard, Livson y Petersen (1962) definieron el envejecimiento exitoso como la capacidad de adaptación a la jubilación y según Petretto et al. (2016), representa un primer intento de apreciar el papel de la personalidad en el envejecimiento. Fueron pioneros en la creencia de que existen vías alternativas para el envejecimiento con éxito. Identificaron tres tipos de adaptaciones a la jubilación: el tipo maduro (*mature*), el tipo mecedora (*rocking chair*) y el tipo blindado (*armored*). Las personas mayores maduras y blindadas se basan en la actividad y el compromiso para tener satisfacción con la vida. Por el contrario, el tipo mecedora es una oportunidad de liberarse del trabajo y otras actividades y disfrutar de un estilo de vida pasivo. Los dos grupos pobremente ajustados o no exitosos incluyeron aquellos que culpan a otros por su descontento en los últimos años de la vida (es

decir, los “enojados”) y los que se culpan a sí mismos por su infelicidad (es decir, los “que se odian a sí mismos”) (Martin et al., 2015; Petretto et al., 2016).

Una década más tarde, Neugarten (1972) llegó a la conclusión de que el factor crucial para predecir qué individuos envejecen con éxito es la personalidad, aunque agregó características de salud y sociales al modelo más simple de Reichard et al. (1962) que se centró únicamente en la personalidad. Así, para este autor, los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse y las expectativas de vida, así como los ingresos, la salud, las interacciones sociales, las libertades y las restricciones, eran vistos como parte de la fusión de la personalidad y, por lo tanto, juegan un gran papel en la enorme complejidad del envejecimiento exitoso (Martin et al., 2015).

El segundo periodo ocupa prácticamente toda la década de los años 80 y en él se desarrollaron algunas definiciones, predictores y modelos teóricos sobre el concepto (Martin et al., 2015). Fue durante este periodo, en 1984, cuando se inició el *Estudio MacArthur sobre el Envejecimiento Exitoso* dirigido por Rowe, médico de profesión, y Kahn, psicólogo, para aclarar los factores que promueven el envejecimiento “positivo”. El propósito fue la identificación de múltiples factores, biológicos, cognoscitivos, físicos y psicosociales, que diferencian a las persona mayores que permanecen activas de quienes experimentan limitaciones funcionales y son inactivas (Curcio, 2014). La intención era explorar a fondo los aspectos que marcan la diferencia entre el envejecimiento positivo y el patológico. El resultado fue un sorprendente tratado que desmitifica la gran mayoría de creencias acerca de esta etapa de la vida. El Estudio MacArthur siguió a una muestra de 1.000 adultos mayores en un período de siete años y se centraron especialmente en la ejecución física, las relaciones entre autoestima y sistema endocrino, la función cognoscitiva y sus asociaciones entre carga alostática y salud (Curcio, 2014; Jeste, Depp, & Vahia, 2010; Marsillas, 2016; Martin et al., 2015; Teixeira & Neri, 2008).

#### **a. Modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Kahn (1997; 1998)**

A partir de los resultados del Estudio MacArthur, en 1987 Rowe y Khan, propusieron una distinción entre el envejecimiento “usual” y “con éxito” como estados del envejecimiento no patológico y propusieron el *Modelo de Envejecimiento con Éxito* (Rowe y Kahn, 1997; 1998), definiéndolo como multidimensional, con tres componentes: una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto

compromiso con la vida (ver Figura 6). Estos tres componentes estaban vinculados entre sí. En otras palabras, el envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y es más que el mantenimiento de la capacidad funcional. Ambos elementos son importantes, pero es su combinación con la participación activa en la vida lo que representa el concepto de envejecimiento exitoso con más detalle (Petretto et al., 2016). Así, diferenciaron tres trayectorias de envejecimiento: el envejecimiento con éxito, el envejecimiento normal que se refería al declive normal que se produce con la edad en el funcionamiento físico, social y cognitivo y el envejecimiento patológico, caracterizado por la presencia de enfermedades y discapacidad (Marsillas, 2016).

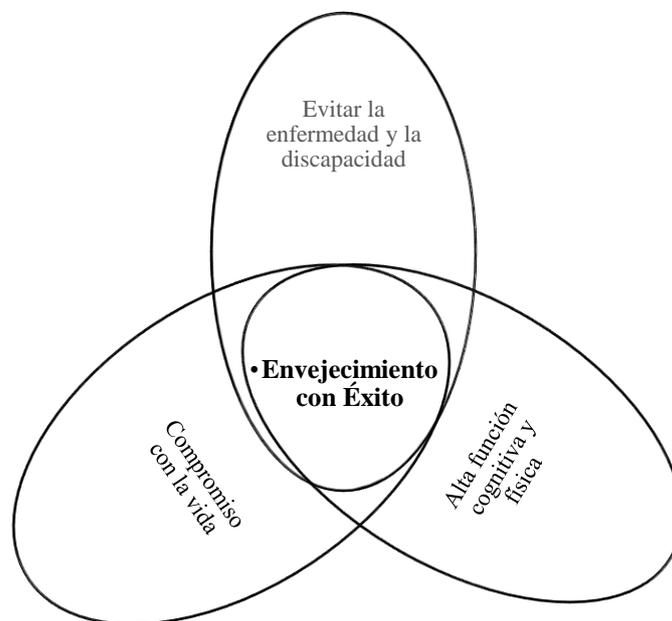


Figura 6. Modelo de Envejecimiento con Éxito (Rowe y Kahn, 1997, 1998).

Cada componente individual está a su vez compuesto por diferentes partes: la *probabilidad reducida de contraer un trastorno* no solo se refiere a la ausencia o presencia del trastorno, sino también a la presencia, ausencia o gravedad de los factores de riesgo para el trastorno. El *alto nivel funcional* incluye tanto componentes físicos como cognitivos. La capacidad física y cognitiva indica lo que la persona puede hacer, pero no lo que realmente hace (Petretto et al., 2016). El *compromiso con la vida* se puede entender de muchas maneras. El modelo de envejecimiento con éxito hace hincapié en las relaciones interpersonales y las actividades productivas. Las relaciones interpersonales incluyen contactos y transacciones con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa. Por otro lado, una

actividad es productiva si supone un valor para la sociedad (Marsillas, 2016). Los autores dejan claro que lo que importa es la integración entre los diferentes elementos. El modelo es comprobable mediante la evaluación de en qué medida las personas mayores son capaces de cumplir con uno, dos o los tres componentes, de modo que el concepto de éxito es variable en términos cuantitativos, y que varias personas tengan limitaciones en una de las diversas áreas no significa que no tengan un envejecimiento exitoso.

A raíz de este modelo teórico, se han escrito miles de artículos sobre el concepto y sus componentes, y se han propuesto más de 100 variaciones del modelo original. Algunas de estas variaciones demandan un mayor énfasis en los factores sociales (Riley, 1999); otros proponen una definición más subjetiva del concepto en sí y una mayor atención a las percepciones de los individuos sobre su propio envejecimiento y sus experiencias de vida en el pasado. Además se enfatiza la sugerencia de que el modelo incorpore una perspectiva del ciclo vital, dada la importancia de los eventos antecedentes como importantes determinantes del envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 2015).

No obstante, el modelo no está exento de críticas. De hecho, Martinson y Berridge (2015), las resumieron agrupándolas en cuatro categorías distintas: por una parte estarían las críticas que exigen que debe haber una mayor consideración de los componentes subjetivos del envejecimiento con éxito; por otra, las críticas que hacen hincapié en que se debe expansionar el modelo; en tercer lugar, las críticas que exigen una definición más inclusiva del envejecimiento con éxito que evite así el “estigma y discriminación” de aquellos que no envejecen bien, pues el modelo de Rowe y Kahn excluye a la mayoría de las personas mayores y reduce la prevalencia del envejecimiento con éxito a un número muy pequeño de ellos, dado que una vejez absolutamente libre de discapacidad y enfermedad es alcanzable sólo para unos pocos. Y finalmente, las críticas que intentan corregir o reemplazar un sesgo cultural occidental percibido en el modelo MacArthur. Más recientemente, Silverstein (2015) ha propuesto una sugerencia al modelo, en la que destacó que los científicos sociales y del comportamiento deberían también reconocer más plenamente el valor de los biomarcadores y la genética como predictores del envejecimiento exitoso.

Todas estas críticas y debates posteriores llevaron al desarrollo de nuevos modelos teóricos, entre ellos, los de Baltes y Baltes (1990), Riley y Riley (1994) o Kahana y Kahana (1996), de los que hablaremos a continuación, y que se propusieron como una alternativa al modelo de (Rowe & Kahn, 1998; Rowe & Khan, 1987)

Finalmente, el tercer y último periodo abarca ya desde los años 90 hasta la actualidad, en el que se desarrollaron y continuaron varios estudios longitudinales, entre ellos los estudios de la Fundación McArthur del que hemos hablado previamente, y cuyas conclusiones llevaron a la proposición de definiciones empíricas más elaboradas y de predictores y modelos teóricos más contrastados.

### **b. Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC) de Baltes y Baltes (1990)**

Uno de los modelos teóricos desarrollados durante este periodo fue el *Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC)*, desarrollado por Baltes y Baltes en 1990 con un enfoque más cualitativo y psicosocial, en el que se concibe el proceso de envejecimiento como un proceso de adaptación, que tiene en cuenta el hecho de que, a pesar de las dificultades y las pérdidas inevitables que se asocian al envejecimiento, muchas personas mayores siguen manteniendo una sensación subjetiva de bienestar. Según los autores, el concepto de envejecimiento con éxito se asocia al concepto de resiliencia, gracias a la cual las personas son capaces de lograr un equilibrio positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el envejecimiento (Petretto et al., 2016). Desde este modelo teórico se propone cómo las personas pueden contribuir a su propio envejecimiento con éxito mediante tres mecanismos: Selección, Optimización y Compensación. De acuerdo con el Modelo SOC, las personas seleccionan dominios de la vida que son importantes para ellos, optimizan los recursos y ayudas que facilitan el éxito en estos dominios, compensan las pérdidas y crean un entorno para el desarrollo exitoso en el transcurso de la vida (Petretto et al., 2016). Según señala Curcio (2014), se traduce en una minimización de los deterioros causados por la edad (estrategia de compensación) y una maximización de las ganancias (estrategia de selección y optimización), con el fin de lograr un equilibrio (conservación de las adquisiciones o compensación). La persona debe seleccionar las situaciones de la vida que juzga prioritarias para concentrarse en ellas en respuesta a las demandas medioambientales. Si la competencia funcional no es suficiente para responder, la persona podrá utilizar soportes tecnológicos, apoyarse en otros o utilizar nuevas estrategias cognitivas y comportamentales. En este sentido, Baltes y Smith (2003), indican que la compensación asociada a la optimización se caracteriza por la adquisición o la activación de nuevos medios de comunicación y de aprendizaje para compensar la disminución que pone en peligro la funcionalidad real. Así, el papel protector de los recursos individuales puede comprenderse mejor por la vía del modelo

SOC; además, cuando las relaciones interpersonales son de buena calidad, en el sentido de que favorecen un buen contacto emocional, es cuando son provechosas para las personas mayores. En resumen, el modelo SOC analiza y describe los procesos a través de los cuales las personas mayores se adaptan a los muchos cambios asociados con el envejecimiento. El envejecimiento exitoso no significa no tener que enfrentarse a pérdidas, sino que tiene que ver con afrontar éstas de forma adecuada y afrontar con éxito los cambios negativos. Además, el modelo SOC destaca la importancia de crear un ambiente personal en el que el éxito es posible, eligiendo entre los diferentes dominios de la vida y definiendo una jerarquía de objetivos (Petretto et al., 2016).

El modelo ha obtenido algunas evidencias empíricas que apoyan estos supuestos, especialmente los estudios derivados del *Berlín Aging Study*, en donde se examinó la utilidad de los procesos autoinformados de selección, optimización y compensación para predecir los indicadores subjetivos de envejecimiento exitoso como el bienestar subjetivo, las emociones positivas o la ausencia de sentimientos de soledad (Carpentieri, Elliott, Brett, & Deary, 2017). En concreto, se comprobó que las personas que utilizaban como estrategias vitales la optimización selectiva con compensación (SOC), obtuvieron mayores puntuaciones en dichos indicadores. A pesar de estas evidencias y de ser un modelo teórico más flexible, esta conceptualización no está libre de críticas pues han surgido problemas metodológicos respecto a la confusión de los elementos componentes con predictores de envejecimiento con éxito y que han contribuido a una falta de claridad y de consenso (Marsillas, 2016).

### **c. Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen (1991, 1992, 1993)**

Una aplicación específica del modelo SOC incluye la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* de Carstensen, Fung y Charles (2003). Este enfoque sugiere que las personas mayores dan prioridad a los objetivos emocionales y ajustan la regulación emocional y las interacciones sociales para maximizar las experiencias positivas (Carstensen & Löckenhoff, 2003). Las personas mayores son consideradas cada vez más selectivas en la elección de las relaciones cercanas para optimizar las experiencias emocionales positivas, siendo este enfoque teórico coherente con el modelo de optimización selectiva con compensación (Curcio, 2014; Marsillas, 2016; Martin et al., 2015). La Teoría de la Selectividad Socioemocional es una de las teorías más citadas en la Gerontología, y plantea que a lo largo de la vida las personas tenemos una alta motivación para la interacción social, ya sea para obtener información, o ya sea para regular nuestras emociones o para desarrollar nuestro

autoconcepto. Por ello, las interacciones sociales tendrían un gran impacto en la satisfacción con la vida y el bienestar (Carstensen, 1991, 1992, 1993). Además, esta teoría sugiere que la percepción que tenemos del tiempo influye en el tipo de metas que nos planteamos (Baltes & Carstensen, 1999). Tal y como explica Dumitrache (2014), en las etapas en las que se cree que se dispone de mucho tiempo, la motivación y las metas están dirigidas hacia la consecución de logros, adquirir nueva información, explorar el mundo y conquistar nuevos horizontes. En cambio, en las etapas en las que el tiempo se percibe como limitado, la motivación del individuo tiende a centrarse en las metas a corto plazo que suponen el mantenimiento de la identidad y la regulación emocional. Debido a ello, las personas mayores, que tienen muy presente la cercanía de la muerte, buscan maximizar la experiencia emocional positiva. Así, tienden a seleccionar aquellas relaciones cercanas y gratificantes que consideran importantes, como la familia y amigos, mientras que descartan las relaciones periféricas de la red social. Esta reducción de las relaciones sociales periféricas es un mecanismo adaptativo porque de este modo las personas mayores pueden implicarse en mayor medida en las relaciones sociales significativas, una selección activa que indica que las personas mayores no reaccionan ante su contexto social sino que adoptan una postura proactiva para gestionar este contexto (Baltes & Carstensen, 1999; Dumitrache, 2014).

#### **d. Teoría Structural Lag Riley y Riley (1994)**

Justo después de la publicación del modelo de Rowe y Kahn en 1998, Riley (1998) lo describió como incompleto, por focalizarse solo en el suceso del individuo y no tener en cuenta los factores sociales y estructurales que influyen en el envejecimiento, variables que, sin embargo, Riley y Riley (1994) han descrito en su modelo de envejecimiento denominado la *Teoría Structural Lag*, que se basa en la distinción entre persona y rol, y en la relación entre comportamientos, actitudes y oportunidades sociales de acceder a roles. Consideran que el principio central para la investigación del envejecimiento es que los cambios en las vidas y cambios en las estructuras sociales son fundamentalmente interdependientes, es decir, el mismo envejecimiento con éxito deriva de la interacción entre cambios en la vida individual y cambios sociales estructurales complementarios. En otras palabras, que el envejecimiento con éxito también depende de las oportunidades estructurales presentes a lo largo de la vida (en las escuelas, en el ámbito laboral, en el sanitario, en las familias y, más en general, en la sociedad) (Petretto et al., 2016).

**e. Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva (Preventive Corrective Proactive, PCP) de Kahana y Kahana (1996)**

En un esfuerzo por ser más inclusivos con las personas mayores que se enfrentan a desafíos físicos, sociales y ambientales durante la vejez y cómo potenciar el envejecimiento con éxito, Kahana y Kahana (1996) introdujeron su modelo conceptual basado en la teoría del estrés llamado *Modelo de Proactividad Preventiva y Correctiva*. De entre todos los modelos orientados al proceso, éste destaca por su amplitud (Kahana, Kelley-Moore, & Kahana, 2012). Este modelo conceptual parte de las teorías del estrés, es un modelo procesual y además es comprensivo, pues explica el envejecimiento con éxito por medio del contexto histórico, referido tanto al momento temporal general y la biografía del individuo como al espacial, centrado en la demografía y la comunidad (Martin et al., 2015). Se desarrolló para enfatizar el potencial de todas las personas mayores para enfrentar los desafíos del envejecimiento a través del uso de recursos representados en forma de adaptación proactiva. Es decir, parte de la base de que al envejecer van apareciendo estresores normativos como: enfermedades crónicas, pérdidas sociales, o falta de ajuste personal con el ambiente. Aún así, se puede mantener una buena calidad de vida si la persona mayor dispone de recursos tanto internos como externos, que le permitan realizar adaptaciones conductuales proactivas, que a su vez pueden ser de carácter preventivo o correctivo, tales como: cuidar la salud, modificaciones en el entorno, etc. Considera una serie de resultados potenciales de calidad de vida que serían los marcadores finales del envejecimiento con éxito, entre los que se cuentan los estados afectivos positivos, satisfacción vital o la valoración de la vida (Fernández, Georgieva, Moll, & Tomás, 2017). De este modo las acciones competentes para abordar los cambios y los factores estresantes relacionados con la edad son necesarios para lograr resultados positivos en la calidad de vida. Se trata de una formulación útil que busca describir procesos y resultados que pueden definir criterios para el envejecimiento exitoso. Los procesos enfatizan las adaptaciones conductuales proactivas, mientras que los resultados incluyen el mantenimiento del bienestar psicológico y la buena calidad de vida en la vejez. El modelo busca presentar una formulación parsimoniosa que ofrezca ideas sobre los comportamientos que pueden mejorar la calidad de la vida en hombres y mujeres mayores (Kahana, Kahana, & Lee, 2014).

Este enfoque es compatible también con otros modelos de envejecimiento con éxito como el de Rowe y Khan (1998) o el Modelo SOC de Baltes y Baltes (1990), pero los extiende,

modela y supera, especialmente la orientación excluyente de los modelos predominantes de Rowe y Kahn (1997,1998) que colocan a la buena salud y la ausencia de discapacidad en el centro del escenario como requisitos previos para el envejecimiento exitoso. En el modelo PCP en cambio, se exploran los caminos hacia el mantenimiento del bienestar psicológico y la participación en actividades sociales, incluso para adultos mayores que están expuestos a factores de estrés relacionados con la enfermedad, la fragilidad y las pérdidas sociales (Kahana et al., 2012). (Ver Figuras 7 y 8).

Tal y como Fernández et al. (2017) argumentan, el modelo plantea una serie de variables antecedentes, que pueden explicar que se produzcan adaptaciones conductuales proactivas, que mediarían, al menos parcialmente, los efectos de los antecedentes sobre las medidas de resultado de calidad de vida de las personas mayores. En concreto se consideran tres tipos de antecedentes:

a. *Contexto*. Según este modelo, las influencias contextuales juegan un papel importante en la configuración de los recursos internos y externos y en el impacto de cada componente del modelo de PCP. El individuo, está integrado en un contexto estructural más amplio. En consecuencia, los factores estresantes y los recursos se estratifican por la posición del individuo en la estructura social. Estas influencias se encarnan típicamente en las características demográficas de edad, sexo, raza, nivel educativo y estado civil. Las influencias contextuales también se definen por el contexto ambiental espacial en el que se vive y que se refleja en la vivienda, que van desde dónde está ubicada, el vecindario o la zona geográfica (Kahana et al., 2014).

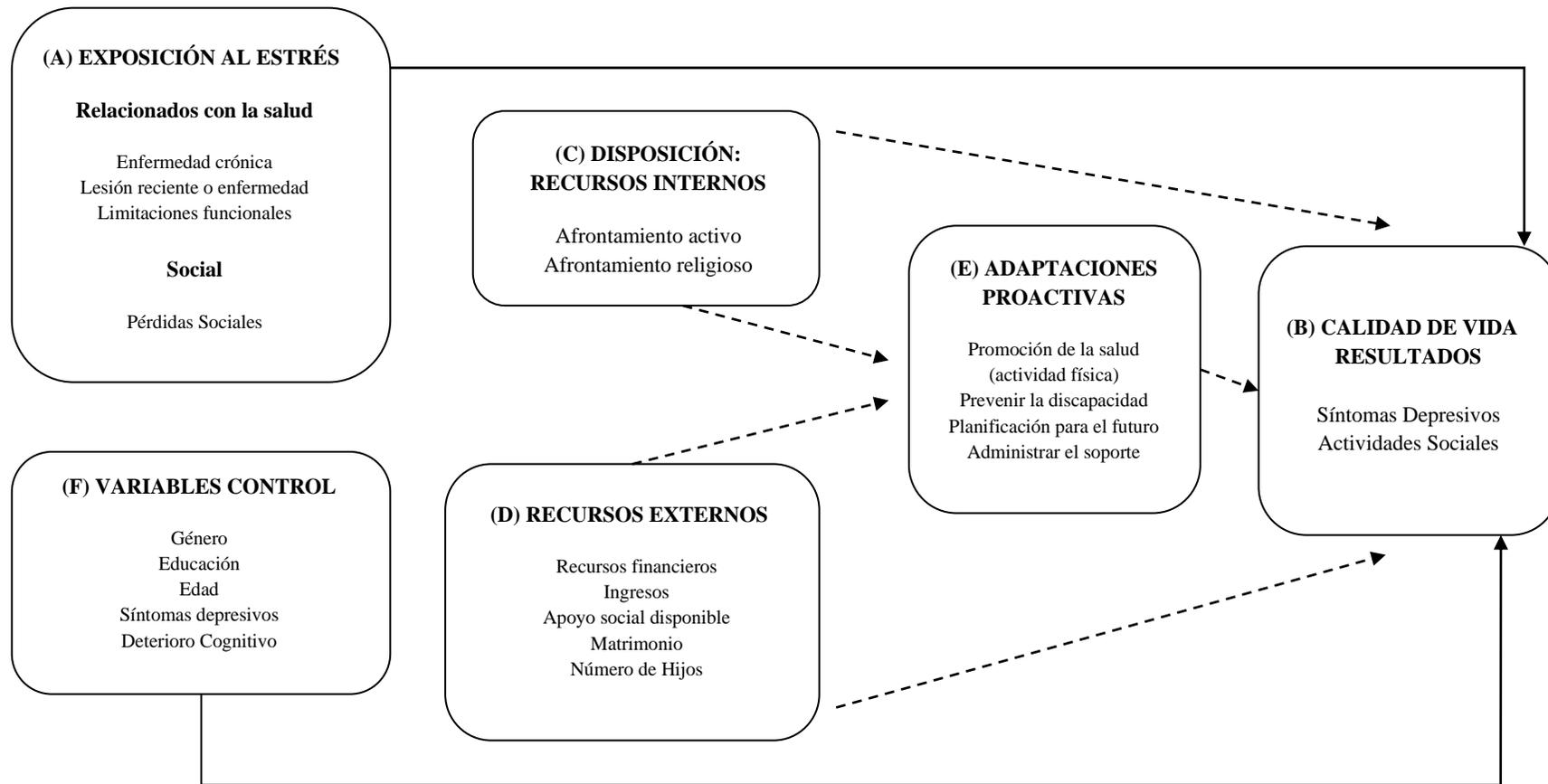


Figura 7. Modelo 1 de Proactividad Preventiva y Correctiva de Kahana y Kahana (1996).

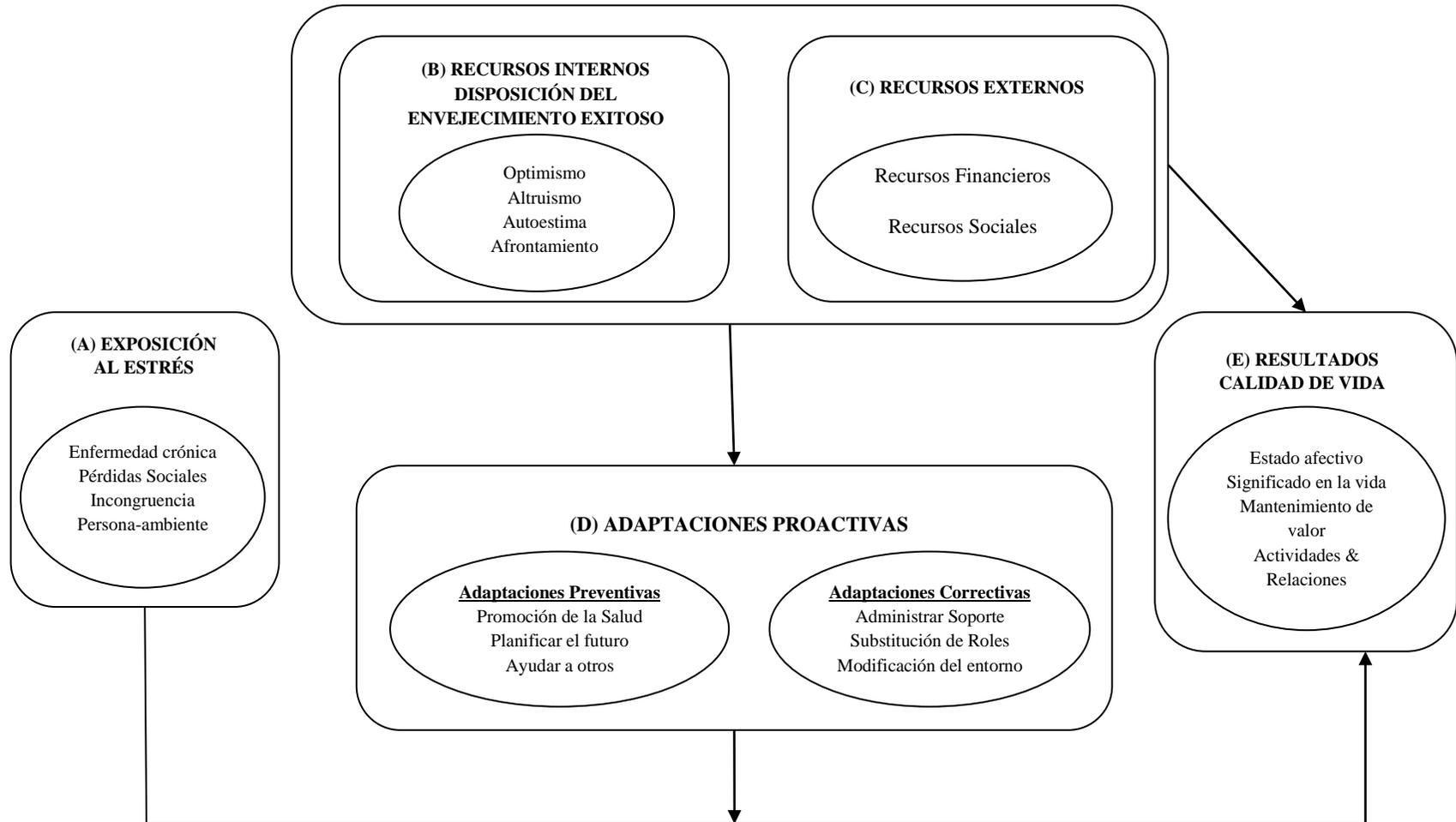


Figura 8. Modelo 2, Modelo Integral de Proactividad Preventiva y Correctiva (Kahana & Kahana, 1996, 2002; Kahana et al., 2012).

b. *Los Estresores*. Se distingue entre los estresores acumulativos, que serían no normativos de la edad avanzada sino que son los que se van acumulando a lo largo del ciclo vital. Ejemplos de factores estresantes acumulativos incluyen la discriminación social o la desigualdad en el acceso a recursos financieros a lo largo de la vida, que pueden poner en riesgo la calidad de vida de las personas. Y por otro lado, los estresores recientes o normativos, como las enfermedades crónicas o problemas de salud, las pérdidas sociales, o la falta de ajuste de la persona al medio. Aunque la salud física y el estado funcional se destacan como criterios de resultado para el envejecimiento con éxito en otros muchos modelos, en este modelo concreto los considera sólo como factores de estrés (Kahana et al., 2014). Los factores estresantes normativos del envejecimiento representan desafíos únicos que comúnmente ocurren en etapas avanzadas de la vida. Los factores estresantes sirven como estímulos externos que requieren respuestas adaptativas únicas. Se espera que los factores estresantes disminuyan la buena calidad de vida, en ausencia de adaptaciones conductuales efectivas.

c. *Los Recursos*. Serían de dos tipos: por un lado, los recursos externos como los recursos financieros que pueden garantizar el acceso y la utilización de servicios formales que pueden ayudar a las personas mayores a enfrentar mejor las enfermedades crónicas y la consiguiente cascada de discapacidades y el apoyo social disponible o disponibilidad de fuentes informales de apoyo. Por otro lado, están los recursos internos o disposiciones, que incluyen optimismo, esperanza, altruismo, afrontamiento, locus de control, autoestima, orientación al futuro, etc. Los recursos internos constituyen disposiciones o actitudes que pueden promover adaptaciones proactivas. En el marco del modelo de estrés, tales características de disposición se consideran moderadores potenciales que pueden disminuir los efectos adversos de los factores estresantes de los resultados de la calidad de vida. También los recursos internos pueden mejorar las adaptaciones conductuales proactivas y, por lo tanto, pueden tener un impacto en los resultados positivos.

En una primera formulación del modelo original se plantearon cuatro componentes en los recursos internos (ver Figura 7), a saber, el optimismo (anteriormente llamado esperanza en el modelo original), la autoestima, el altruismo y las adaptaciones o reevaluaciones. Las personas mayores con alta autoestima y capacidad de afrontamiento son más propensas a tomar iniciativas que involucran conductas dirigidas a objetivos que anticipan y abordan factores estresantes futuros. Posteriormente en la revisión del modelo PCP llevada a cabo por Kahana et al. (2014) y que cristalizó en un segundo modelo, el Modelo Integral de PCP (ver Figura 8 y 9), se incluyeron además la orientación futura y locus de control interno. El locus

de control interno se refiere a las creencias sobre la capacidad que la persona tiene para dar forma y ejercer influencia sobre las circunstancias de la vida, como disposiciones que probablemente promuevan adaptaciones proactivas. La orientación al futuro se refiere a que, en la medida en que las personas mayores estén motivados para orientar sus acciones hacia el futuro, es más probable que se involucren en adaptaciones proactivas tales como hacer planes, movimientos anticipatorios y promoción de la salud. Otras características de disposición, como la personalidad, también pueden representar recursos útiles que pueden mejorar las adaptaciones proactivas.

Siguiendo con la descripción del modelo, estos antecedentes afectan directamente a las adaptaciones conductuales proactivas, así como a la calidad de vida, y moderan potencialmente la relación de los estresores y los resultados. El papel de las adaptaciones conductuales proactivas es mediador en la relación antecedentes-resultados y habría de dos tipos básicos. Por un lado, estarían las de carácter preventivo, que incluyen la promoción de la salud (participación en estilos de vida saludables, como las dietas saludables y el ejercicio), planear el futuro, ayudar a otros (conductas prosociales de ayuda a otros), la realización de movimientos anticipatorios (dado que la disminución de la salud puede llevar a un ajuste pobre entre el individuo y su entorno de vida, las personas mayores pueden emprender movimientos anticipatorios para acercarlos a posibles recursos o apoyo social), etc. Los comportamientos preventivos generalmente son antecedentes temporales de los factores estresantes.

Por otro lado, estarían las adaptaciones correctivas, que incluyen entre otros, el manejo proactivo de la enfermedad (cumple funciones correctivas después de que se ha diagnosticado una enfermedad), la sustitución de roles, obtener apoyo de otros, o modificar el ambiente que te rodea. Las adaptaciones correctivas entran en juego después de que las personas mayores hayan experimentado factores estresantes normativos. Estos esfuerzos conductuales pueden verse como complementos de las adaptaciones preventivas y son relevantes para tratar con factores estresantes específicos (Kahana et al., 2014). En concreto, la sustitución de roles es particularmente relevante para encontrar nuevas funciones sociales significativas después de la jubilación o después de la pérdida de un cónyuge. Después de experimentar la pérdida de roles sociales, la búsqueda de roles sociales nuevos o sustitutos puede contribuir al mantenimiento de actividades y relaciones valiosas.

Finalmente, el Modelo 3 Integral de PCP revisado, postula cinco componentes como esenciales para el logro de una buena calidad de vida, es decir, se centra en resultados sobre todo de tipo subjetivo de calidad de vida (por ejemplo, estados afectivos positivos, satisfacción con la vida o significado en la vida). Entre los resultados objetivos de calidad de vida, considera también las actividades y las relaciones valiosas (ver Figura 9).

A este respecto, Kahana et al. (2014) señalan que el bienestar se ha considerado tradicionalmente como un resultado positivo clave que determina una buena calidad de vida. En el Modelo Integral PCP, reconoce que el afecto positivo y negativo representa resultados independientes y considera estas variables como estados afectivos en el modelo. La satisfacción con la vida también representa un componente importante de los resultados de la calidad de vida en los modelos de envejecimiento exitoso. Aunque, en el modelo original se consideró la satisfacción vital como una disposición (ver Figura 8), en el Modelo Integral PCP, la satisfacción con la vida se ve mejor como un resultado que puede estar influido por adaptaciones proactivas, como ayudar a otros (ver Figura 9). En contraste con el bienestar, que se ve como un estado afectivo sensible a las circunstancias actuales, la satisfacción con la vida refleja una evaluación cognitiva que evalúa el estado actual basado en comparaciones sociales. Además, otro resultado positivo es el significado de la vida como un componente relevante de la calidad de vida y que refleja el reconocimiento de la importancia de los resultados existenciales para un envejecimiento exitoso y se vuelve particularmente notable a medida que las personas mayores se acercan a los últimos años de vida y la muerte. A medida que la salud física disminuye, encontrar sentido en la vida desempeña un papel cada vez más central en la determinación de la calidad de vida de las personas mayores. Además, el mantenimiento de actividades y relaciones valiosas representa un aspecto más objetivo de la calidad de vida que reconoce la importancia de las implicaciones sociales para una buena calidad de vida. Por tanto, el mantenimiento de las relaciones valiosas, así como de las actividades valoradas, constituye un resultado deseable en los últimos años de la vida.

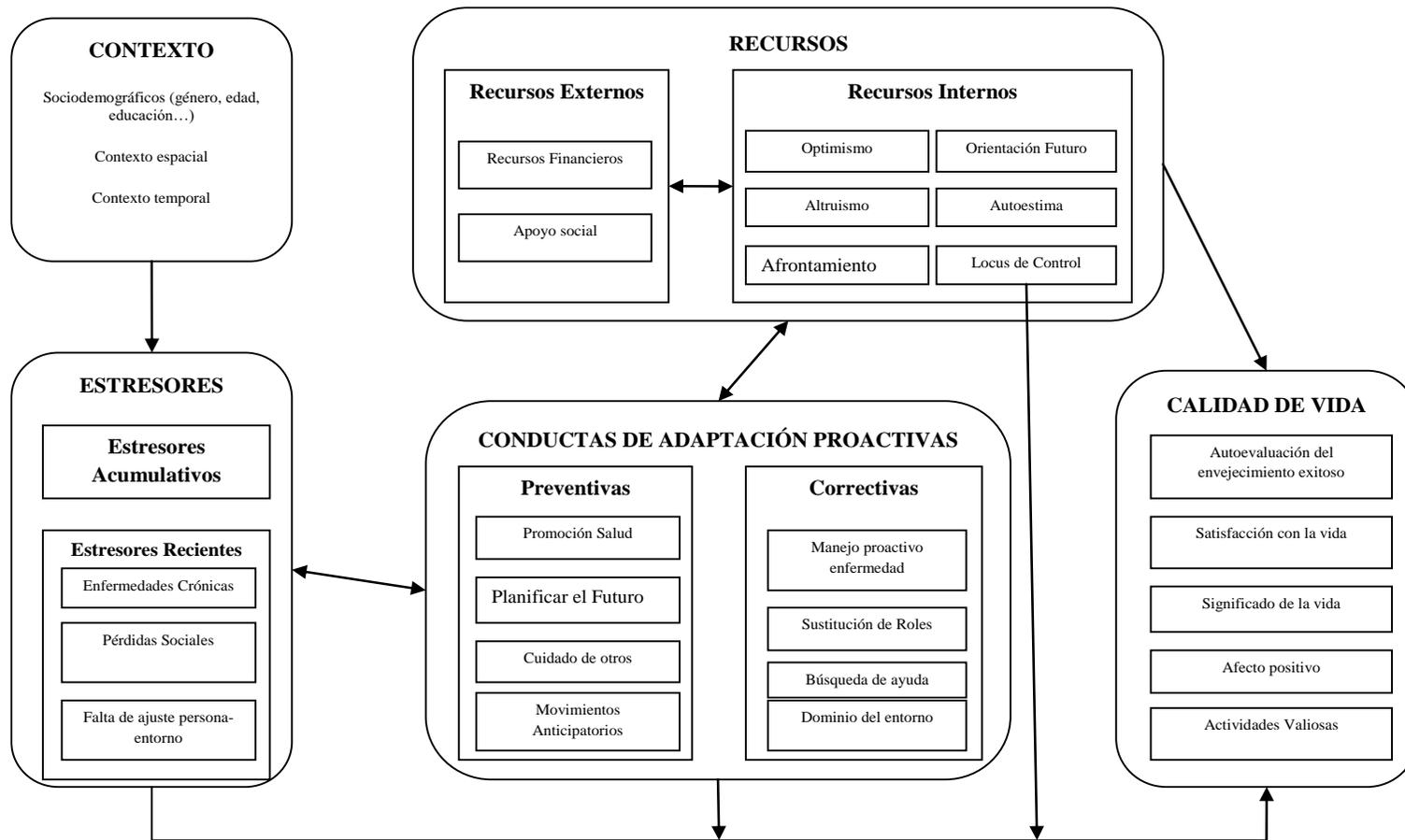


Figura 9. Modelo 3 Integral de PCP (Kahana et al., 2014). Adaptado de Kahana y Kahana (1996).

Adicionalmente, en base a que varios estudios empíricos recientes llaman la atención sobre la relevancia de las percepciones subjetivas del envejecimiento exitoso para definir los resultados de la calidad de vida, en la última revisión del modelo, es decir, en el Modelo Integral de PCP (Kahana et al., 2014), se incluyen las autoevaluaciones subjetivas del éxito en el envejecimiento como un componente adicional de la calidad de vida. Por lo tanto, reconoce que si las personas mayores valoran sus recursos como adecuados y sus adaptaciones conductuales para enfrentar los desafíos del desarrollo como exitosas, es probable que mantengan una buena calidad de vida.

En resumen, en este modelo se considera que las enfermedades crónicas, las enfermedades recientes y las limitaciones funcionales, junto con las pérdidas sociales, se encuentran entre los factores estresantes normativos del envejecimiento que amenazan la calidad de vida de las personas mayores y plantea la hipótesis de que las personas mayores que experimentan estos factores estresantes se benefician de los recursos sociales y psicológicos y de la participación en esfuerzos proactivos para ayudar a normalizar sus vidas. Además, proponen que los recursos internos y externos pueden afectar la calidad de vida tanto directa como indirectamente a través de adaptaciones proactivas (Kahana et al., 2012). Como tal, las adaptaciones proactivas se consideran el motor que impulsa el envejecimiento exitoso (Aspinwall, 2011). En otras palabras, según Petretto et al. (2016), este modelo reconoce que las personas mayores, aun teniendo que enfrentarse a eventos estresantes, pérdidas y una reducida adaptación ambiental, pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos. Estas estrategias se pueden traducir en adaptaciones comportamentales proactivas, es decir, adaptaciones puestas en marcha antes de que aparezcan los eventos estresantes y que implican la promoción de la salud, ayudar a los demás, la adaptación y la planificación preventiva. Estas estrategias no solo incluyen acciones correctivas para afrontar los eventos estresantes una vez que estos aparecen, sino también las diversas acciones preventivas que se pueden llevar a cabo antes de que estos aparezcan, con el fin de retrasarlos o reducir su número (Petretto et al., 2016).

Para apoyar este enfoque del modelo proactivo del envejecimiento con éxito y que lo entiende tanto como un resultado como con un proceso, Kahana et al. (2012) han aportado evidencia empírica en diversas investigaciones (Kahana et al., 2002; Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana, & Midlarsky, 2013; Kahana, Kahana, & Kercher, 2003; Kahana, Kahana, & Zhang, 2005; Kahana & Kahana, 2003; Lee, Kahana, & Kahana, 2016; Lee, Kahana,

Kahana, & Barnes, 2015). Otros autores como Ouwehand, de Ridder y Bensing (2007), Moore et al. (2015) y Aspinwall (2011) también han abogado por enfoques proactivos para el envejecimiento exitoso.

Entre las ventajas del Modelo Integral PCP es que enfatiza el papel del individuo para moldear sus recursos a fin de afrontar exitosamente los estresores normativos del envejecimiento. Tal moldeamiento se produce mediante el desarrollo de comportamientos adaptativos y proactivos que pueden ser preventivos o correctivos. Por tanto, es un modelo integrador e integral y es diferente de los modelos de envejecimiento exitoso previo por varias razones: primero, porque el modelo considera acciones proactivas preventivas que los individuos toman como los motores necesarios del envejecimiento exitoso. Por lo tanto, el Modelo Integral de PCP refleja estrategias de comportamiento que ayudan a la persona mayor a dominar los desafíos de las enfermedades crónicas, las pérdidas sociales y la falta de adaptación de la persona al entorno. Identificar estrategias útiles que permitan a las personas mayores adaptarse y regular su entorno puede proporcionar pautas útiles para la práctica clínica y las intervenciones que apuntan a aumentar su bienestar. Segundo, porque el modelo integral de PCP reconoce explícitamente la naturaleza multidimensional del envejecimiento exitoso mediante la incorporación de procesos y resultados. En tercer lugar, porque el modelo de PCP integral reconoce la importancia del contexto temporal y espacial dentro del cual cada individuo envejece: cómo los factores estresantes ocurren en un contexto y tiempo dado, las estrategias de comportamiento y los esfuerzos de adaptación a menudo están ligados a sus contextos. Por lo tanto, es crucial atender el contexto temporal y espacial de cada individuo que podría facilitar u obstaculizar la adaptación conductual y psicológica. Y en cuarto lugar, el Modelo Integral de PCP propone una interacción dinámica entre los componentes del modelo y reconoce que múltiples caminos plausibles podrían ser probados (Kahana et al., 2014).

#### **f. Modelo de dos factores de envejecimiento con éxito de Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010)**

Otro modelo conceptual desarrollado para explicar el envejecimiento con éxito fue el *Modelo de dos factores de envejecimiento con éxito* propuesto por Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010), un modelo multidimensional que incluye criterios objetivos y subjetivos. Estos autores partieron del cuestionamiento sobre si las personas pueden experimentar enfermedades crónicas y discapacidad funcional y aún así sentir que están

envejeciendo exitosamente. Definieron el envejecimiento exitoso como un componente tanto objetivo como subjetivo. El componente objetivo incluye tener pocas enfermedades crónicas, amplia capacidad funcional y poco o ningún dolor. El componente subjetivo, en cambio, es una evaluación que los individuos hacen de su propia experiencia de envejecimiento en un momento en el tiempo. Incluye cómo están envejeciendo, cómo de exitosa es su experiencia de envejecimiento y hasta qué punto califican su vida actual como positiva. Estos elementos son importantes ya que identifican cómo se sienten las personas sobre la totalidad de su experiencia de envejecimiento en el momento actual. Además, sugieren que el funcionamiento cognitivo puede ser conceptualizado mejor como un predictor que como un componente del envejecimiento exitoso. De manera similar, aunque el compromiso social y el bienestar psicológico han sido vistos por otros como parte de la definición de envejecimiento exitoso (como en Rowe y Kahn, 1998), postulan estas características como antecedentes del envejecimiento exitoso. Se basan en esta distinción porque es consistente con los hallazgos del metaanálisis de Depp y Jeste (2006) y de Bowling (2007), donde solo entre el 13% (Bowling) y el 27.5% (Depp & Jeste) de la literatura incluía un componente social y solo el 10.6% incluía un componente psicológico. Finalmente, llegaron a la conclusión de que los criterios objetivos y subjetivos correlacionan entre sí, pero que cada uno proporciona información única. Además, concluyeron que la edad y el género correlacionaron con el envejecimiento con éxito objetivo, pero no con el envejecimiento con éxito subjetivo.

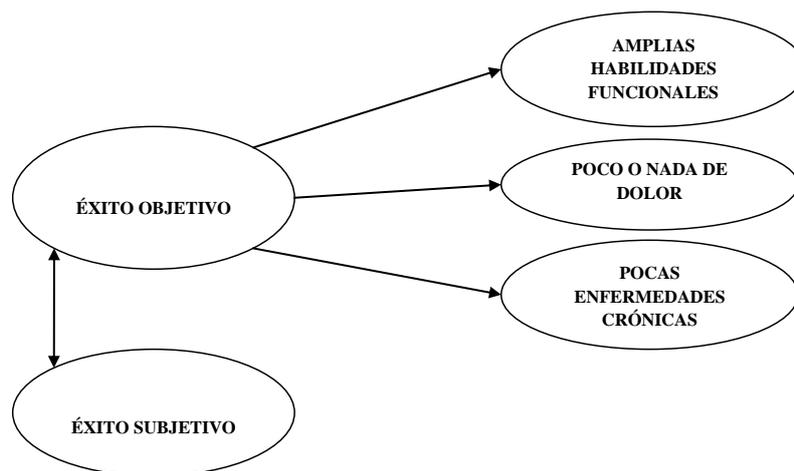


Figura 10. Modelo de dos factores de envejecimiento con éxito de Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010).

En suma, la definición de envejecimiento con éxito que proponen Pruchno et al. (2010), difiere de manera significativa de las definiciones tradicionales de envejecimiento con éxito,

pues en primer lugar, incluye e integra consideraciones objetivas y subjetivas. Ya que mediante la combinación de características que son objetivamente deseables con percepciones individuales, se reconocen las complejidades del envejecimiento exitoso subyacente. Además, su definición, que deriva de la literatura empírica, sugiere que las personas pueden sentir que envejecen con éxito aunque tengan problemas importantes de salud. En segundo lugar, la definición ayuda a distinguir entre la edad cronológica y el envejecimiento con éxito. Se sostiene que el envejecimiento exitoso es una característica que no debe ser limitada por la edad.

**g. Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito de Iwamasa y Iwasaki (2011)**

Otro de los modelos teóricos propuestos en el intento de explicar el envejecimiento positivo es el *Modelo multidimensional de envejecimiento con éxito* de Iwamasa y Iwasaki (2011). El modelo consta de seis dimensiones: salud física, salud psicológica, funcionamiento cognitivo, socialización, espiritualidad y seguridad financiera. El contenido de cada dimensión representa elementos culturales específicos y generales. El modelo de envejecimiento exitoso generado a partir de este estudio parece ser más integral que los modelos existentes e incorpora experiencias socioculturales. En el estudio de Iwamasa y Iwasaki (2011), además de generar el modelo, plantearon una comparación con el de Rowe y Kahn (1998) y el de Phelan, Anderson, LaCroix y Larson (2004). El funcionamiento físico fue la dimensión predominante del envejecimiento con éxito. Las dimensiones del envejecimiento con éxito fueron: salud, dieta, ejercicio, actividades y apariencia física. La dimensión psicológica y la salud fueron importantes en los resultados de este modelo. Esta dimensión consiste en subcategorías que reflejan afecto y actitudes positivas, mantenimiento de la independencia, la disposición al cambio, la apertura a nuevas experiencias y el afrontamiento intrapersonal. Así mismo, el funcionamiento social también fue identificado como una dimensión relevante para un envejecimiento exitoso. Las subcategorías de esta dimensión son: apoyo social y red social, recreación y entretenimiento, aprendizaje social y los roles sociales. La cuarta dimensión es el funcionamiento cognitivo. La quinta dimensión, la espiritualidad, tiene varias subcategorías: la religión, la paz interna, la fe, y el comportamiento altruista. Finalmente, la última dimensión, que es la financiera, aunque también surgió como importante, lo hizo en menor medida que los factores físicos, psicológicos o cognitivos. A su vez, esta dimensión se divide en dos: economía y seguridad financiera (Calatayud, 2016).

**h. Modelo de envejecimiento con éxito según Parslow, Lewis y Nay (2011)**

Otro modelo multidimensional con el que también se puede evaluar el envejecimiento con éxito a través de una serie de factores que contribuyen a envejecer bien, es el propuesto por Parslow, Lewis y Nay (2011): *el Modelo de Envejecimiento con Éxito*. Se basa en una serie de dimensiones que evalúan el envejecimiento con éxito, a través de cuatro variables: autopercepción física, autopercepción mental, satisfacción con la vida y cognición (ver Figura 11). La autoevaluación de la salud física y mental, la calidad de vida y la cognición constituyen el factor de resultado: el envejecimiento exitoso. Los atributos que miden la salud mental y física pasada y actual, las medidas sociales y los comportamientos de salud se consideraron para su inclusión como medidas de predicción. Este modelo proporciona nueva información sobre la interrelación entre los factores. La primera conclusión importante de este análisis fue que los cuatro factores contribuyeron significativamente a evaluar el envejecimiento con éxito. Además, otros resultados fueron de especial importancia. El primer resultado indicó que los factores de los comportamientos de salud, incluyendo la actividad física, mostraron una asociación positiva y significativa con envejecer bien.

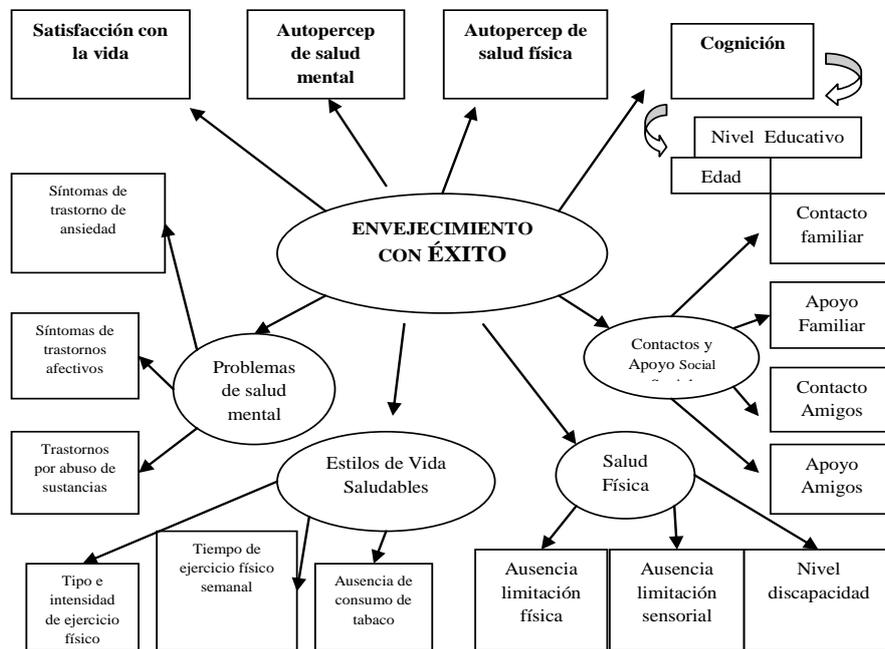


Figura 11. Modelo de Envejecimiento con Éxito de Parslow et al. (2011).

### **i. Modelo de cuatro factores de envejecimiento con éxito de Lee, Lan y Yen (2011)**

Otro modelo explicativo del envejecimiento a destacar en esta breve revisión de modelos teóricos, es el *Modelo de cuatro factores de Envejecimiento con Éxito* de Lee, Lan y Yen (2011), que surge a partir del estudio de Bowling y Dieppe (2005) quienes resumieron la literatura actual e identificaron los tres factores más estudiados que los investigadores utilizaban para definir el envejecimiento con éxito: la salud física, el bienestar psicológico y la actividad social. Lee et al. (2011) definen el modelo de envejecimiento con éxito con cuatro factores: físico, psicológico, social y ocio, y dentro de cada uno de estos factores hay unos bloques que conforman cada uno de ellos. Así, dentro del factor de salud física, los autores midieron el estado general de salud y las lesiones. En el factor psicológico, consideraron los síntomas emocionales y los corporales. El factor social lo componen las interacciones con los vecinos, con los parientes y con los amigos. Y por último, el factor ocio considera la frecuencia de la participación en ejercicios o actividades y la frecuencia de salidas y viajes fuera de la ciudad. Este modelo muestra que las actividades de ocio son un factor significativo relacionado con el proceso de envejecimiento exitoso.

Calatayud (2016) resume los cuatro factores que propusieron Lee et al. (2011) para este modelo de envejecimiento con éxito y fueron los siguientes, ver Figura 12:

*-Factor físico.* La función física disminuye a medida que las personas se hacen mayores, así que prevenir la enfermedad y mantenerse físicamente saludable es importante para las personas mayores. Por lo tanto, una buena función física es la clave para el envejecimiento exitoso.

*-Factor psicológico.* Las personas mayores ponen más énfasis en los factores psicosociales como claves para el envejecimiento con éxito, y sin embargo le conceden menos importancia a la longevidad y la ausencia de enfermedad.

*-Factor social.* El apoyo social, la religión y la participación activa en la vida son importantes factores que ayudan a las personas a hacer frente a los acontecimientos vitales estresantes en la edad avanzada. Un mayor apoyo social puede ser un importante protector contra el riesgo de envejecer mal.

*-Factor ocio.* Las actividades de ocio como hacer ejercicio o ir de vacaciones son importantes para las personas mayores. La investigación ha mostrado una asociación

positiva entre el ejercicio y el funcionamiento cognitivo y el físico de las personas mayores.

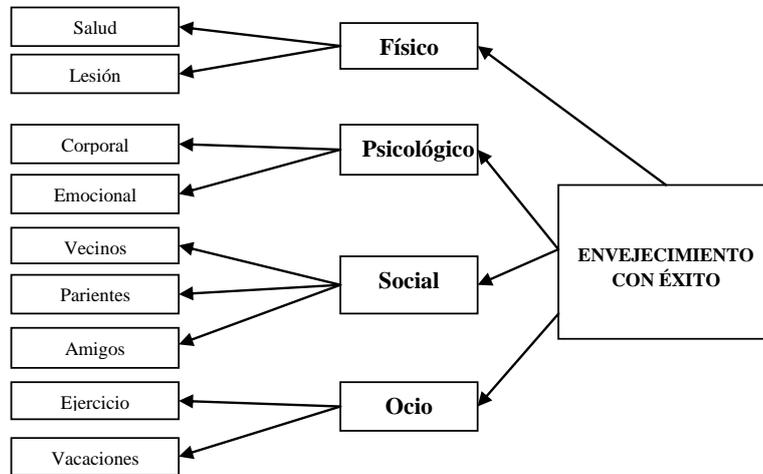


Figura 12. Modelo de Cuatro factores de Envejecimiento con Éxito de Lee et al. (2011).

Para finalizar este apartado indicar que en estos últimos años, varios investigadores se han dedicado a la tarea de revisar, comparar y evaluar el envejecimiento exitoso, dado la falta de acuerdo y la confusión conceptual, tanto al respecto sobre una definición óptima como en cuanto a su medición y citando al mismo tiempo, la necesidad de promover agendas públicas para el envejecimiento saludable. Esta situación ha generado un gran debate sobre este tema con la intención de llegar a un acuerdo o consenso. No cabe duda de que el envejecimiento con éxito ha tenido un pasado controvertido y agitado. Muestra de ello es la revisión sistemática realizada por Martinson y Berridge (2015) acerca de las preocupaciones y críticas expresadas sobre el envejecimiento exitoso en un intento de clarificar el concepto.

Por último, es importante recalcar la continua persistencia de confusión conceptual sobre este tema, que ha conducido a un gran debate teórico al respecto, pues todavía no existe un estándar universalmente aceptado acerca de la definición, ni del modelo teórico ni en la medición del envejecimiento exitoso (Cosco, 2015; Marsillas, 2016). Por ejemplo, en la revisión sistemática de Cosco et al. (2014) sobre las definiciones operacionales de este constructo, llegaron a la conclusión de que existe una superposición conceptual generalizada de los componentes constitutivos del envejecimiento exitoso. De modo que dependiendo de la definición de envejecimiento exitoso utilizado (y posiblemente la disponibilidad de variables en un conjunto de datos y antecedentes teóricos del investigador), el mismo elemento se

puede utilizar como predictor, componente o resultado del envejecimiento exitoso. Lo que a su vez provoca que el lenguaje del envejecimiento exitoso esté plagado de confusión conceptual que inhibe el avance de la investigación sobre este tema. Para ilustrar esta idea, citan como ejemplo, la satisfacción con la vida, en donde el envejecimiento exitoso originalmente se planteó como inextricablemente vinculado a la satisfacción con la vida; sin embargo, posteriormente, la satisfacción con la vida ha sido identificada como un predictor (Roos & Havens, 1991), indicador (Leonard, 1982) y componente (Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al., 2010) de envejecimiento exitoso. Además, se han realizado varios estudios cualitativos con laicos que diferencian específicamente entre el envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida, por ejemplo (Fisher, 1995).

En suma, la heterogeneidad existente sugiere fuertemente que el concepto de envejecimiento con éxito es un concepto multidimensional lo que conlleva a su vez, la dificultad para categorizarlo. Aunque la mayoría de las definiciones revelan un enfoque biomédico, los estudios usan cada vez más componentes psicosociales y laicos (subjetivos). Esta falta de coherencia en la definición es una debilidad fundamental de la investigación del envejecimiento con éxito como ya se ha comentado (Marsillas, 2016)

### **4.3. El envejecimiento activo y saludable**

#### **4.3.1. Antecedentes políticos**

Como ya se ha comentado previamente, existe una amplia variación global en los términos utilizados para definir la noción de “envejecer bien”. Estos incluyen envejecimiento con éxito, envejecimiento activo, envejecimiento saludable, envejecimiento positivo, envejecimiento productivo y envejecimiento competente, entre otros muchos (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Villar, 2012). Cada uno de estos conceptos implica un enfoque divergente (a veces sutil) de las ganancias y el potencial del envejecimiento (Foster & Walker, 2015). Los términos más frecuentes empleados en las últimas décadas han sido el envejecimiento con éxito en los Estados Unidos y el envejecimiento activo y saludable en Europa. Aunque estos términos se usan indistintamente, son intrínsecamente diferentes y ninguno de los dos está exento de críticas (Foster & Walker, 2015; Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012). El concepto de envejecimiento exitoso es probablemente el más influyente y el que ha generado más líneas de investigación.

El objetivo principal de este apartado es examinar y describir la idea del envejecimiento activo y saludable. Lo hacemos desde un punto de vista europeo, donde se ha convertido en la principal conceptualización científica y política de un envejecimiento caracterizado por el bienestar. El envejecimiento activo se diferencia del envejecimiento con éxito, prevalente en los discursos sobre el envejecimiento en los Estados Unidos, por una parte, porque representa no solo un enfoque más holístico y orientado al ciclo vital sino también porque en términos de políticas, incluye acciones organizativas y sociales individuales. Aunque han sido usados en lados diferentes del Océano Atlántico (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002), a veces, los dos términos se usan erróneamente como sinónimos (Foster & Walker, 2015).

Tanto el envejecimiento exitoso como el activo derivan de los mismos antecedentes teóricos, es decir, derivan de la misma raíz científica, la *Teoría de la Actividad* de Havighurst (1961), que sostiene que cuanto más activas sean las personas, mayor satisfacción obtendrán en su vida, no tanto por la actividad social *per se* sino por el sentido que el sujeto concede a la actividad que eligió. Ambos conceptos han sido empleados, tanto en investigación como en políticas, como alternativas al modelo de envejecimiento que propone la *Teoría de la Desvinculación* de Cumming y Henry, (1961), que por el contrario, entiende que el envejecimiento es una forma de retiro inevitable, que las personas incrementan su independencia a lo largo de la adolescencia y la edad adulta, pero posteriormente pierden, en primer lugar, la autonomía física y, después, el sentido de la socialización.

Aunque son múltiples y diversos los significados sobre el concepto envejecimiento activo que se aportan en la literatura científica, la tendencia más reciente en el ámbito europeo lo considera una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, etc., y también propicia el bienestar social del individuo (Walker, 2008). Superando el dominio de la participación económica, el concepto se construye como sinónimo de actividad, abierto a una participación social y política más amplia (Kalache, 2011). Este concepto une la actividad y la participación, la salud, la independencia y el buen envejecer, aunque la participación resulta ser el componente central (Marsillas, 2016; Van Malderen, Mets, De Vriendt, & Gorus, 2013).

Tal y como señala Segura y Conejero (2016), no fue hasta 1978, cuando la ONU aprobó la realización de una Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrándose definitivamente en Viena en el año 1982, fue la *I Asamblea Mundial Sobre Envejecimiento* y fue donde emergió el primer Plan de Acción Internacional (1982), también llamado Plan de Viena, y que

serviría de guía del pensamiento político y científico de un gran número de países que se marcaron como objetivos el alcanzar el mayor bienestar posible entre la población adulta mayor.

Unos años después, en 1995, la OMS cambió el nombre del *Programa de salud en las personas mayores* por *Envejecimiento y Salud*, reflejando un importante cambio en su orientación. Cambiaba el foco hacia las personas mayores por una aproximación de la vejez a lo largo del ciclo vital. La voluntad de este programa era incentivar políticas y acciones que aseguraran el máximo de calidad de vida el mayor tiempo posible (WHO, 2012). El término “envejecimiento activo” surgió en la década de los 90 como una cuestión central en la política de Europa, cuando la Unión Europea estableció un Observatorio para estudiar el impacto de las políticas nacionales sobre el envejecimiento. Así pues, el concepto de envejecimiento activo comenzó a desarrollarse en la década de 1990 con énfasis en el vínculo entre actividad y salud (Foster & Walker, 2015). Fue en el año 1999, el *Año Internacional de las Personas Mayores*, cuando apareció por primera vez y en donde se estableció que el desafío clave para asegurar la calidad de vida de las personas mayores reside en la asociación de la buena salud y la actividad, pues es crucial asegurar que las personas mayores tengan la oportunidad de permanecer activos, dado que una vida activa es la mejor oportunidad de ser una persona sana. En base a estas premisas, los países deberían promover en sus agendas de desarrollo el envejecimiento saludable como un factor clave y contemplar el envejecimiento de las poblaciones, no como un problema sino más bien como un recurso o la posible solución a los problemas mediante el desarrollo de actividades que se relacionen con un “envejecimiento activo” (Kalache, 1999). Segura y Conejero (2016) indican además, que a lo largo de las diferentes Cumbres y Conferencias mundiales se ha instado a los países a que las políticas en relación con la vejez se desarrollen teniendo en cuenta la enorme importancia que tienen las personas mayores en nuestro desarrollo como sociedad.

Así pues, en respuesta a las tendencias mundiales del envejecimiento, la OMS pidió un cambio de paradigma hacia un concepto positivo del envejecimiento también a finales del decenio de 1990, definiendo el envejecimiento saludable y activo como un proceso que permite a las personas darse cuenta de su potencial de bienestar físico, social y mental en todo el ciclo vital y de su potencial para participar en la sociedad, al tiempo que les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidado cuando requieren asistencia o ayuda (WHO, 2012). De modo que veinte años después de celebrarse la *I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*

(1982), es decir, en el año 2002, se celebró en Madrid la *II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Naciones Unidas*, a la que asistieron los representantes de 159 países, y que intentó evaluar el trabajo realizado en las dos últimas décadas y actualizar el Plan de Acción Internacional. En esta reunión, se adoptaron dos documentos clave: por un lado, una Declaración Política y Plan de Acción Internacional 2002 de Madrid sobre el Envejecimiento (Segura & Conejero, 2016). Esta asamblea marcó un punto de inflexión en el afrontamiento del envejecimiento poblacional en el continente europeo, pues en ella, la ONU presentó su marco político sobre el envejecimiento activo, dando lugar a la aparición de un nuevo concepto político que recoge la tradición científica que se venía tratando en las últimas décadas del siglo XX. Y por otro lado, como resultado de esta asamblea, se publicó otro documento clave: el informe *Envejecimiento activo. Un marco político* (OMS, 2002) orientado a todos los responsables de formular las políticas y programas del envejecimiento. En él se defendía la necesidad de afrontar el envejecimiento poblacional con la coordinación de los diferentes organismos para promover el envejecimiento activo (Marsillas, 2016).

En este documento, se entiende por envejecimiento activo como:

“El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” (OMS, 2002, p.79).

El objetivo que se planteó la OMS con esta propuesta fue dejar atrás los antiguos clichés alrededor de la vejez y apostar por una participación activa de las personas mayores durante toda su vida. De este modo se postulan los cuatro pilares básicos del envejecimiento activo: Participación, Salud, Seguridad y Aprendizaje durante toda la vida (añadido en 2015, en una versión no realizada por la propia OMS sino por el *International Longevity Centre-Brazil (ILC-Brazil)*). En esta definición se puede observar un concepto amplio, en donde se reconocen los derechos humanos de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo (Marsillas, 2016).

Según Martínez (2016), con el cambio de milenio se han ido multiplicando los documentos, congresos e instituciones relativas al envejecimiento poblacional. La propuesta de la OMS tuvo una buena recepción en el mundo académico y algunos autores comenzaron a proponer posibles medidas políticas en relación al envejecimiento. La Unión Europea ha asumido el envejecimiento activo como parte de sus políticas del siglo XXI, incluyéndolo en varios proyectos de investigación como el 5º Programa Marco de Investigación, la encuesta SHARE (*Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa*), así como la apuesta por proyectos como Futurage, ERA-AGE-2, o la planificación del Horizonte 2020.

En 2012, la OMS lanzó el Día Mundial de la Salud bajo el lema “*Good health adds life to years*”. Ese mismo año fue declarado por la Unión Europea como *Año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones*, con el principal objetivo de hacer conciencia sobre el valor del envejecimiento activo subrayando las importantes contribuciones que las personas mayores pueden hacer a la sociedad. Se publicó el informe *Orientaciones que deben guiar el envejecimiento activo y la solidaridad entre generaciones* centrándose en el trabajo, la participación en la sociedad y la vida independiente (European Commission, 2013), hecho que aprovecharon para crear el *Active Ageing Index* (UNECE, 2012) y posteriormente otros proyectos.

El envejecimiento activo se ha visto apoyado tanto por la OMS como por la Unión Europea. A nivel científico, se han escrito múltiples artículos donde se plantean nuevas perspectivas de marco político. Por ejemplo, la Asociación Europea para la Innovación sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*) se creó dentro del marco la Estrategia Europa 2020 que junto a su iniciativa emblemática *Innovation for Union*, persigue hacer frente a los grandes retos de la sociedad como el Envejecimiento Activo y Saludable. Se trata de una de las primeras iniciativas llevado a cabo a nivel europeo y mundial en este ámbito (European Commission, 2012). En el *Plan Estratégico de la Innovación Europea para el Envejecimiento Activo y Saludable* (uniendo las dos nomenclaturas activo y saludable), se apunta que en la definición de la OMS, Envejecimiento saludable se refiere al bienestar físico, mental y social, mientras que por envejecimiento activo se entiende la continua participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos de las personas mayores, y no sólo a estar activo laboralmente o a la actividad física. Por ejemplo: las personas con discapacidad o enfermas se pueden mantener activas lo que contribuyen a sus familias, comunidades y naciones. En este

plan estratégico se proponen una serie de determinantes que rodean el Envejecimiento Activo y Saludable: estilos de vida, entorno físico, uso de los recursos sanitarios, entre otros.

También, uno de los documentos más importantes ha sido el *World Report on ageing and health* de la OMS (Naciones Unidas, 2015), en el que se incorpora una nueva definición de envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez. Dicho informe, es la antesala del informe emanado posteriormente en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud 2016, *Estrategia y Plan de Acción mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana* (OMS, 2016). En este mismo año 2016 también se celebró el Congreso Mundial de Envejecimiento Activo en Melbourne, Australia.

En definitiva, tras 20 años de avances, la idea del envejecimiento activo ha calado hondo en las instituciones públicas. Poco a poco ha surgido una concienciación en torno a la evolución de la vida de las personas que ha impulsado diversas campañas animando a la población de más de 60 años a mantener una vida sana y activa. Del mismo modo, el concepto de envejecimiento activo y saludable se ha ampliado como modo de vida a cualquier edad, promoviendo una vida más saludable y una participación en la sociedad, así como un desarrollo del espacio público en torno a la inclusión y la accesibilidad.

No obstante, al igual que el envejecimiento exitoso, el concepto de envejecimiento activo no está exento de críticas. La noción de envejecimiento activo es un concepto complejo y amplio y existe poco acuerdo e incertidumbre de lo que significa en la práctica. Por otro lado, este concepto se ha abordado desde diferentes disciplinas y perspectivas, resultando en la elaboración de multitud de definiciones, cada una con mayor énfasis en ciertos aspectos.

En relación a la aproximación científica del concepto, son escasos los estudios que han propuesto una definición operativa multidimensional del envejecimiento activo, más bien predominan estudios de corte conceptual o críticos y estudios cualitativos (Marsillas, 2016). En general, se han realizado pocos esfuerzos para dotar de evidencia empírica a la definición operativa del concepto, a excepción de investigaciones que han intentado validar y probar empíricamente el modelo de la OMS (2002) como el llevado a cabo por Paúl et al. (2012), aunque los resultados no lo confirmaron. O el estudio de Caprara et al. (2013) que intentó probar empíricamente el modelo de envejecimiento activo propuesto por Fernández-Ballesteros (2009). También se han llevado a cabo estudios sobre cuáles son los predictores y

determinantes del envejecimiento activo (Ahrentzen, 2010; Annear et al., 2014; Barrett & McGoldrick, 2013; Blanco, 2010; Di Gessa & Grundy, 2014; Marsillas et al., 2017; Montero et al., 2011a; Montero, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, & Rodríguez, 2011b; Zeitler, Buys, Aird, & Miller, 2012).

Para autores como Foster y Walker (2015), la heterogeneidad y diversidad de la población mayor implica que sea difícil medir los conceptos de envejecimiento exitoso y activo, pues una definición estricta de lo que significa el envejecimiento con éxito o el envejecimiento activo y saludable excluye a demasiadas personas mayores y no recoge las diferencias observadas. La idea de que los adultos mayores constituyen un grupo único, homogéneo y pasivo es demasiado pesimista. El cambio hacia enfoques positivos para el envejecimiento fue destinado a permitir una política más inclusiva. Por eso, las definiciones más amplias de envejecimiento activo y saludable parecen ser menos deterministas, ya sea como un resultado o como un proceso de lograrlo (Paúl et al., 2012). Por otra parte, el envejecimiento activo es un concepto de base más amplio que el envejecimiento con éxito (Boudiny & Mortelmans, 2011) y, como tal, es el que ofrece un mayor potencial en la política positiva que otros discursos sobre envejecimiento. Según Boudiny y Mortelmans (2011), la idea clave es que si el paradigma del envejecimiento activo debe ser una herramienta de política efectiva, ha de representar un concepto dinámico, basado en el ciclo vital, que aprovecha las percepciones de las personas y permita crear su propias formas de actividad, en lugar de centrarse en un número predeterminado de dominios, por lo general, desarrollados desde la perspectiva del investigador. Si bien las iniciativas de investigación y políticas destinadas a promover la salud y la participación de las poblaciones de mayor edad se han multiplicado durante la última década, sigue habiendo una considerable falta de claridad conceptual sobre el envejecimiento activo. Desafortunadamente, el envejecimiento activo a menudo se usa indistintamente con nociones sutilmente divergentes como el envejecimiento exitoso, la calidad de vida y el envejecimiento saludable, lo que dificulta el desarrollo de la medición empírica (Bélanger, Ahmed, Filiatrault, Yu, & Zunzunegui, 2015).

#### **4.3.2. Modelos teóricos de Envejecimiento Activo y Saludable**

A continuación, se describirán dos modelos teóricos que han sido desarrollados bajo el marco teórico del envejecimiento activo y saludable: el Modelo de la OMS (OMS, 2002), que en la actualidad es el más predominante y el Modelo Multidimensional-Multinivel de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2009).

### **a. Modelo de la OMS (2002)**

La OMS (2002) propuso una definición y un marco teórico completo del envejecimiento activo desde una perspectiva del ciclo vital en el que se incluyen diversos determinantes sin establecer una causalidad directa entre ellos.

Según la conceptualización de la OMS, el envejecimiento activo se basa en tres pilares fundamentales: la salud, la participación y la seguridad. Más recientemente, se ha añadido un cuarto pilar al modelo: el aprendizaje a lo largo de la vida (ILC-Brazil, 2015). Se trata de un modelo multidimensional que incorpora elementos a nivel social y a nivel personal.

El modelo de envejecimiento activo presentado por la OMS (2002) considera la influencia de seis grupos de determinantes, cada uno de los cuales incluye varias características (ver Figura 13):

- Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los sociales como la promoción y prevención de la salud, prevención de las enfermedades, acceso a los servicios de salud así como la asistencia de larga duración o el cuidado continuo y los servicios de salud mental.
- Determinantes conductuales como la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado: ejercicio y actividad física, hábitos de consumo de alcohol y tabaco, alimentación, medicación.
- Determinantes personales como la biología y genética, y características psicológicas como la inteligencia y la capacidad de resolver problemas y adaptarse a los cambios y a las pérdidas, la autoeficacia.
- Determinantes relacionados con el entorno físico como la seguridad de la vivienda, niveles bajos de contaminación, servicios de transportes accesibles y asequibles, así como que debe prestarse especial atención a las personas mayores que viven en zonas rurales.
- Determinantes relacionados con el entorno social como el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el maltrato.
- Determinantes económicos como los ingresos, el trabajo y la protección social.

Este grupo se complementa con dos determinantes transversales: género y cultura. La cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. Los valores y

las tradiciones culturales determinan en gran medida la forma en que una sociedad dada considera a las personas mayores y al proceso de envejecimiento. Por otra parte, el género, es una “lente” a través de la cual se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres. En muchas sociedades, las mujeres tienen una situación social de discriminación y un menor acceso a los recursos (alimentos, educación, trabajo gratificante y servicios sanitarios). Además, el papel tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia también puede contribuir al aumento de la pobreza y a la mala salud en la ancianidad. Algunas mujeres se ven forzadas a renunciar a un empleo remunerado para hacerse responsables del papel de cuidadoras (OMS, 2002).

Para lograr una cultura de envejecimiento activo es necesaria la interacción de factores relacionados tanto con el entorno físico como el social: factores relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; factores económicos y factores de índole personal y de estilos de vida, y aunque en este momento no es posible atribuir una causalidad directa a ningún factor, sí resulta evidente que en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida intervienen todos los factores.



Figura 13. Determinantes del envejecimiento activo según el Modelo de la OMS (2002).

Según este modelo, los elementos clave del envejecimiento activo son: la autonomía, que es la capacidad percibida de controlar, enfrentar y tomar decisiones sobre cómo se vive día a día, de acuerdo con las reglas y preferencias personales; la independencia, que se refiere a la capacidad que uno tiene para realizar funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir en la comunidad sin la ayuda o poca ayuda de los demás; la calidad de

vida; y la esperanza de vida con salud, que se refiere a cuanto tiempo las personas pueden esperar vivir en ausencia de discapacidades.

La OMS, en base a este modelo, define dos actores encargados de fomentar el envejecimiento activo: por una parte, las instituciones públicas por medio de sus políticas y por otra, los individuos a través de las estrategias individuales y los estilos de vida (Marsillas, 2016).

A pesar de que se trata de un enfoque más global y holístico que el concepto de envejecimiento con éxito, pues tiene en cuenta los determinantes contextuales que pueden optimizar el funcionamiento positivo a lo largo de la vida, no está exento de críticas, especialmente a su determinismo (Stenner, McFarquhar, & Bowling, 2010) y a la falta de evidencia empírica del modelo, pues no ha sido validado todavía (Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012). Aunque al tener una importancia incuestionable como concepto de política primordial en Europa, los esfuerzos para aumentar su evidencia empírica en términos de definición operativa y criterios han recibido una atención creciente a nivel mundial en los últimos años (Bélanger et al., 2015; Marsillas et al., 2017; Paúl et al., 2012a; Paúl, Teixeira, & Ribeiro, 2017).

### **b. Modelo Multidimensional-Multinivel de envejecimiento activo**

Fernández-Ballesteros (2009) presenta un modelo de envejecimiento activo que trata de integrar distintas dimensiones y niveles relevantes a lo largo del proceso de envejecimiento y que, por tanto, permiten explicar distintas formas de envejecer. En este modelo, el envejecimiento activo es considerado como un concepto multidimensional que abarca, y supera, la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales.

Se basa en parte en la conceptualización de envejecimiento positivo de Baltes y Baltes (1990) al considerar los tres mecanismos que regulan el proceso del envejecimiento adaptativo: Selección, Optimización y Compensación (SOC). Estos elementos pueden considerarse también como mecanismos clave en el afrontamiento de problemas o estrategias de gestión de la vida, como funciones protectoras, y por consiguiente, como determinantes del envejecimiento activo y el bienestar, y fuente de diferencias individuales en el modo de envejecer en diferentes momentos de la vida.

Pero eso no es todo, puesto que esos comportamientos del individuo son también dependientes de las condiciones contextuales a niveles microsociales (la familia, la escuela, los amigos), mesosociales (la comunidad en la que vive) y macrosociales (las condiciones socioeconómicas, socioeducativas y socioculturales). En otras palabras, existen condiciones socioculturales que potencian la elección, la optimización de los recursos del individuo y que, cuando ello se requiere, promueven la compensación de las habilidades deficitarias (IMSERSO, 2011). La persona no es el único responsable de su propio envejecimiento sino que está inmerso en una realidad socio-cultural, que actúa, en su desarrollo, crecimiento y declive, y ello también ocurre a lo largo del ciclo vital, desde una perspectiva histórica. Así, por ejemplo, desde la alimentación familiar al PIB que se invierte en educación, en sanidad, en programas de promoción de la salud a lo largo de la infancia y adolescencia, a los sistemas de seguridad social, a los valores sociales y los estereotipos sobre el envejecimiento, todo ello, explica en mayor o menor medida las formas de envejecer.

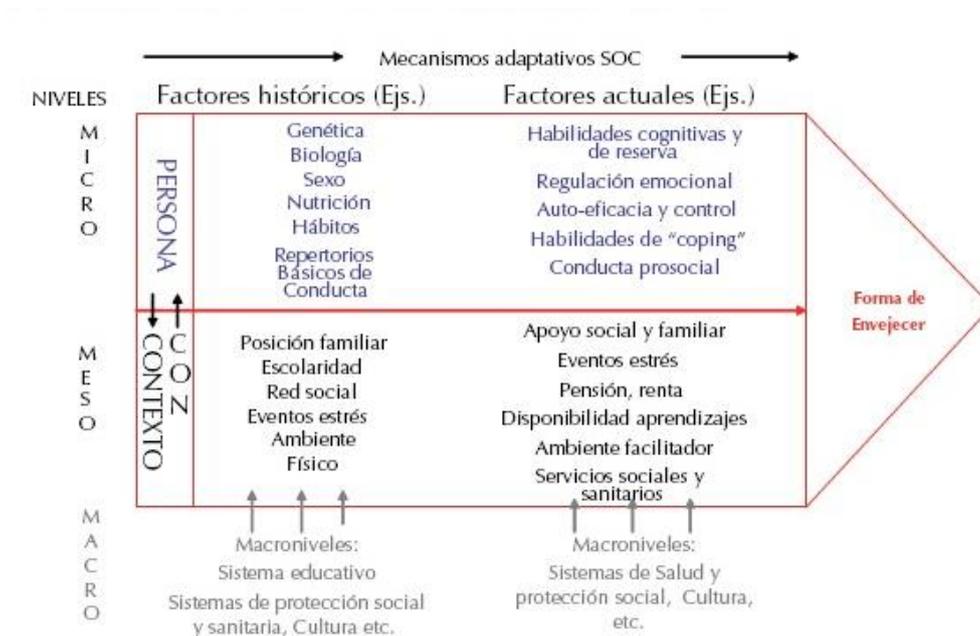


Figura 14. Modelo Multidimensional-Multinivel de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Además, se puede observar un principio de reciprocidad que según el cual, el funcionamiento de la persona depende de las transacciones entre el entorno tanto físico como social con el funcionamiento personal (cognitivo, emocional y conductual) del individuo. De esta manera se establece una multidireccionalidad de las relaciones entre la persona y sus

contextos a diferentes niveles. Según este modelo, la persona llegaría al envejecimiento activo como resultado de multitud de interacciones entre sus recursos personales, su conducta y los diferentes entornos a lo largo de la vida. En este modelo se considera el envejecimiento activo como el producto del proceso de adaptación que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo funcionamiento físico y de salud, cognitivo, emocional-motivacional y social.

Para finalizar este apartado y a modo de conclusión, podemos afirmar que es evidente que la población mundial está envejeciendo. A medida que la fecundidad disminuye y la esperanza de vida aumenta, se espera que la proporción de personas mayores crezca en todo el mundo. Por lo tanto, es cada vez más importante desarrollar métricas que evalúen la efectividad de las políticas y programas que afectan a mujeres y hombres mayores en el desarrollo de su envejecimiento activo y saludable. Porque la realidad de todas las personas es que se nace, se envejece y se muere. ¿Pero qué pasa cuando se vive hasta los 80, 90 o 100 años? Cuando la vida se alarga tanto, las sociedades pueden ganar la sabiduría y experiencia de las personas mayores, pero solo si consiguen mejorar su calidad de vida durante esos años ganados. Para esto, las sociedades necesitan promover el envejecimiento positivo, activo y saludable, como una nueva forma de enfrentar el proceso de envejecimiento y promoverlo desde las políticas públicas para que facilite la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades, donde cada país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica, y donde las personas mayores gocen de buenos niveles de salud, integración social y bienestar subjetivo. Concluimos además, que sería recomendable que las políticas futuras sobre el envejecimiento activo y saludable, adopten un enfoque desde una perspectiva del ciclo vital para así, abordar también las desigualdades sociales existentes en relación al envejecimiento, en concreto las relacionadas explícitamente con el género, la clase social, el nivel socio-económico y otras desigualdades presentes entre las cohortes más viejas de personas mayores, pues en la vejez juegan un papel central las desigualdades sociales.

## Capítulo 5

# VARIABLES INDICADORES Y COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO SALUDABLE O CON ÉXITO

*“El cuerpo se me arruga, es inevitable, pero no el cerebro.*

*Mantén tu cerebro ilusionado, activo, hazlo funcionar y nunca se degenerará”*

Rita Levi-Montalcini (1909-2012)

*Neuróloga italiana, Premio Nobel de Medicina 1986.*



A continuación, en este capítulo se explicarán algunos de los criterios con los que nos hemos basado para la realización de esta tesis, en cuanto a la selección de aquellos indicadores, componentes o variables que pretenden capturar parte de la multidimensionalidad del envejecimiento activo, saludable o con éxito, con el fin específico de examinar si las mujeres y los hombres mayores difieren en cómo se perciben en estos indicadores que muchas de las definiciones del envejecimiento con éxito revisadas contemplan. Nos hemos basado en la previa exploración de la literatura científica y de las investigaciones más relevantes sobre este tema y posteriormente se han expuesto las evidencias empíricas más notables en relación a estas variables seleccionadas para esta investigación.

Como ya se ha explicado, se trata de un concepto multidimensional y complejo, que captura cómo se sienten las personas y cómo funcionan respecto a su propio proceso de envejecimiento, con una gran heterogeneidad entre mujeres y hombres mayores. Tal y como se ha visto previamente, hay evidencias de que los factores sociales, ambientales y biomédicos acaecidos durante la infancia, así como las experiencias vitales y los condicionamientos culturales y sociales, ya sean individuales o generacionales, tienen un impacto a largo plazo tanto en la salud o el bienestar, como en el envejecimiento. En general, el envejecimiento con éxito implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal (Vivaldi & Barra, 2012). Tanto el envejecimiento con éxito como el concepto más amplio de envejecimiento activo y saludable propuesto por la OMS pretenden mostrar una concepción más positiva del envejecimiento.

No obstante, en la literatura se observa una notable confusión entre diferentes términos relacionados con el envejecimiento positivo, y con otros conceptos como “bienestar”, “satisfacción con la vida” y “calidad de vida”. Esta confusión está ligada a que el bienestar y la satisfacción con la vida suponen dos condiciones fundamentales del envejecimiento positivo, mientras que este envejecimiento positivo sería un requisito para tener una buena calidad de vida (Fernández-Ballesteros et al., 2007; Parra-Rizo, 2017). Muchas veces todos estos conceptos han sido utilizados indistintamente por los expertos y se pueden considerar descriptores de una forma de envejecer positiva. Además, tal y como hemos comprobado, hay una gran número de sinónimos y conceptos relacionados (envejecimiento con éxito, saludable, óptimo, productivo, positivo, satisfactorio, etc.) y la literatura no provee de una definición o

modelo teórico comúnmente aceptado (Fernández-Ballesteros, 2009), ni tampoco hay acuerdo en torno a conceptos como el bienestar, la satisfacción con la vida o la calidad de vida.

En este sentido Pruchno, Wilson-Genderson y Cartwright (2010), aluden que las mayores deficiencias de la literatura sobre el envejecimiento con éxito son su enfoque casi exclusivo en personas muy mayores, la falta de claridad con respecto a lo que define el éxito en el envejecimiento y la falta de atención a los problemas para su medición: por ejemplo, en las definiciones de envejecimiento con éxito se incluyen tanto aquellas que son consideradas por los investigadores en base al enfoque teórico adscrito, como también aquellas derivadas de las opiniones o informes del conjunto de las personas mayores. En relación a las medidas de envejecimiento exitoso, por su parte, hay gran diversidad, pues algunas se basan en ítems individuales, otras en múltiples ítems o escalas, algunas usan indicadores objetivos y otras se basan en evaluaciones subjetivas. Esta falta de claridad con respecto a qué es el envejecimiento exitoso continúa caracterizando la literatura, como lo demostró el metanálisis de Depp y Jeste (2006), entre otros. En concreto, estos autores realizaron una extensa revisión de estudios empíricos tanto transversales como longitudinales del envejecimiento exitoso publicados entre 1978 y 2005, y encontraron 29 definiciones y un número igual de medidas para evaluarlo. Entre estos estudios se identificaron 10 aspectos principales utilizados como criterios para un envejecimiento con éxito. Un resumen de todos ellos es el siguiente: habilidad funcional y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social/productividad/compromiso social, presencia/ausencia de enfermedad, longevidad, autovaloración de la salud, aspectos de personalidad, medio ambiente, nivel de renta y autoevaluación de un envejecimiento con éxito (Bowling, 2007; Depp & Jeste, 2006).

Por otra parte, Fernández-Ballesteros et al. (2010) señalan que, además, las variables explicativas o predictoras son generalmente tratadas por separado teniendo en cuenta la diversidad de definiciones empíricas. Muchas veces es frecuente que una variable criterio o definitoria también se incluya como variable independiente, por ejemplo, la presencia o ausencia de enfermedad que es uno de los dominios casi siempre presente como variable criterio o dependiente, pero, inapropiadamente, también se incluye como variable independiente en diferentes investigaciones. Lo mismo ocurre con el nivel de ingresos económicos que también se considera en ocasiones como una variable dependiente, pero

también es incluida como una variable independiente. Esta característica produce una confusión entre los componentes del envejecimiento con éxito y sus determinantes.

En este estudio realizado por Fernández-Ballesteros et al. (2010), utilizando una muestra española se evidenció que los indicadores subjetivos como la satisfacción con la vida y la salud percibida combinados, arrojan prevalencias más altas que los indicadores objetivos como la enfermedad o productividad en el envejecimiento con éxito. Quizás, indicadores como la satisfacción con la vida o la salud subjetiva probablemente capturen muchos más aspectos del bienestar y la salud que no pueden obtenerse mediante medidas más objetivas que aprovechen situaciones o eventos específicos (Kok, Aartsen, Deeg, & Huisman, 2017; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al., 2010). Lo cual, a su vez, contradice otros muchos indicadores sobre el envejecimiento y contradice las teorías que postulan que la satisfacción con la vida es el único y más relevante indicador de envejecimiento con éxito. En este sentido Cosco (2015) argumenta, que el envejecimiento exitoso originalmente se planteó como firmemente vinculado a la satisfacción con la vida; sin embargo, posteriormente, la satisfacción con la vida ha sido identificada también como un predictor, indicador y componente de envejecimiento exitoso. Incluso en algunas investigaciones cualitativas que se basan en las vivencias de las personas mayores sobre su propio envejecimiento, diferencian específicamente entre el envejecimiento con éxito y la satisfacción con la vida, por ejemplo. Todas estas circunstancias agregan confusión al concepto.

Para Fernández-Ballesteros et al. (2010), los predictores o determinantes más relevantes y consistentes, fueron las variables sociodemográficas: los hombres, frente a las mujeres, las personas con más ingresos, las de más alto nivel educativo y las más jóvenes, son las que parecen envejecer mejor. Otros predictores fueron los estilos de vida (dieta mediterránea, no beber alcohol, actividad física), el funcionamiento físico (la fuerza y la amplitud pulmonar, la rapidez y la masa corporal), la condición psicológica (funcionamiento intelectual dígito-símbolo: tarea que evalúa capacidad de aprendizaje y coordinación psicomotriz), funcionamiento afectivo (balance afectivo positivo), personalidad (bajo neuroticismo, extraversión y autoeficacia) y las relaciones sociales, aunque los predictores que menor repercusión son aquellos referidos a las relaciones familiares, sociales y la participación social, pero de entre ellos destaca: la ayuda a otras personas, la red familiar y el recibir ayuda o apoyo social.

Por otro lado, en otra revisión sistemática realizada por Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne (2014), donde también trataron de identificar distintas definiciones operacionales de envejecimiento exitoso, se resaltó la gran heterogeneidad de las definiciones, pues identificaron más de 100 definiciones. Concluyeron que la principal consecuencia de esto es que hay una confusión generalizada en relación a cuáles son los componentes del envejecimiento exitoso dado que en función de la definición utilizada o bien de los antecedentes teóricos de los investigadores, el mismo elemento se puede utilizar como variable predictora, como componente o bien como resultado del envejecimiento exitoso.. Estos autores dividieron su estudio en cinco bloques, situando dentro de cada uno de ellos las características asociadas a cada bloque. Los cinco constructos y las cuantificaciones identificadas en la revisión, fueron sugeridos por modelos multidimensionales como los de Baltes y Baltes, (1990), o el de Bowling y Dieppe (2005), también la propuesta teórica de Glass (2003) y la de Pruchno, Wilson-Genderson, Rose, et al. (2010), entre otros. En su artículo sugieren que los constructos más nombrados por diferentes autores a la hora de medir el envejecimiento con éxito son: función física y cognitiva, presencia de enfermedad, estado de salud, estado afectivo, satisfacción con la vida y bienestar, participación social y vida activa, y apoyo social. Identificaron los siguientes componentes:

- Fisiológico: función física, función cognitiva, enfermedad, estado saludable, longevidad y salud mental.
- Bienestar: estado afectivo y satisfacción con la vida.
- Participación: vida activa-participación social y apoyo social-sistema.
- Recursos personales: recursos personales y autonomía-independencia.
- Factores extrínsecos: económico-medioambiental.

Por último, también podemos destacar otro reciente artículo de Kok et al. (2017) cuyo propósito era determinar la prevalencia y el alcance del envejecimiento con éxito en base a una definición holística en función de varias sugerencias propuestas en la literatura y con el fin último de proporcionar una definición operacional basada en datos multidimensionales y longitudinales. En este caso, los datos fueron extraídos del *Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Ámsterdam* (LASA), seleccionando nueve indicadores, que abarcaban cuatro dominios de funcionamiento: el funcionamiento físico (las limitaciones funcionales y la salud percibida), el funcionamiento emocional (síntomas depresivos y la satisfacción con la vida), el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social (soledad social, actividad

social, apoyo emocional y apoyo instrumental dado a otros). Estos autores encontraron que los niveles de envejecimiento con éxito eran generalmente altos (aproximadamente la mitad de los encuestados tuvieron éxito en seis o más de nueve indicadores). No obstante, las mujeres tenían niveles más bajos de éxito general que los hombres, pero los tipos de trayectorias encontradas dentro de los indicadores eran en su mayoría similares para hombres y mujeres. Los indicadores más frecuentes dentro del subgrupo de envejecientes exitosos fueron la satisfacción con la vida, el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento físico (72% -89% de éxito). Además, las condiciones sociales (indicadas por el logro educativo y el estado civil) y la presencia de enfermedades crónicas, pueden permitir o restringir a los individuos para lograr trayectorias exitosas de funcionamiento, hallazgo que apunta a la importancia de investigar los factores sociales, conductuales y biológicos que conducen a desigualdades en el envejecimiento remarcando el papel del curso de la vida en la configuración y la explicación del buen envejecer.

Finalmente, también desde el planteamiento teórico del envejecimiento activo y saludable, en Europa se han realizado intentos de proponer una definición operativa, así como de las herramientas que pueden usarse para esta definición (Bousquet, Malva, et al., 2015). Por ejemplo, podemos mencionar el trabajo de Bousquet, Kuh, et al. (2015), donde se resumen y describen los objetivos de la conferencia anual del *Plan de Implementación Estratégica de la Asociación Europea para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable* (EIP en AHA). En esta reunión se pretendió proponer una definición operativa de envejecimiento activo y saludable, incluyendo las herramientas que pueden utilizarse para esto. Se basaron en el marco conceptual de envejecimiento activo y saludable propuesto por Kuh, Cooper, Hardy, Richards y Ben-Shlomo (2014), que incluye varios elementos como el funcionamiento (capacidad individual y sistemas corporales subyacentes), bienestar, actividades y participación, y enfermedades (incluidas las enfermedades no transmisibles, fragilidad y trastornos de salud mental). También debe abarcar la idea de resiliencia, la capacidad de adaptarse fisiológica, psicológica y socialmente en diferentes momentos del ciclo vital (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Marco conceptual para el Envejecimiento Activo y Saludable de Bousquet, Kuh, et al. (2015) y modificado de Kuh et al. (2014).*

<b>Dominios clave del envejecimiento saludable y activo</b>
1. Capacidad física y cognitiva en el curso de la vida
2. Bienestar psicológico y social, salud mental y calidad de vida a lo largo de la vida
3. Funcionamiento de los sistemas fisiológicos subyacentes a lo largo de la vida, prevención o retraso de la aparición de enfermedades crónicas, fragilidad y discapacidad
<b>Factores clave que influyen en el envejecimiento saludable y activo</b>
4. Educación, aprendizaje permanente, trabajo y cuidado
5. Estilos de vida de por vida
6. Entorno social, económico y físico de por vida (incluido el entorno "geográfico": rural, urbano)

Fuente: (Bousquet, Kuh, et al., 2015).

No cabe duda de que el envejecimiento exitoso, activo y saludable, generalmente entendido como envejecer bien o tener una buena vejez, es un fenómeno altamente deseable, tanto a nivel individual como social. Aunque se usa con ligeras variaciones y diferencias entre países, el tema ha recibido considerable atención por los responsables políticos. En los últimos años se ha hecho un notable esfuerzo para operacionalizar y medir el concepto tal y como se ha expuesto, como parte de la necesidad de alcanzar un consenso en su definición, realizar estudios epidemiológicos, y servir de base para la elaboración e implementación de intervenciones y políticas para facilitar y analizar la eficacia de las mismas. Y aunque podría decirse que, a pesar de las discrepancias en los resultados de diferentes estudios, en general las personas mayores parecen compartir la mayoría de los componentes identificados en las definiciones de expertos y en la literatura científica. Toda esta investigación sobre el envejecimiento con éxito ha llevado al desarrollo de modelos cada vez más sofisticados con múltiples definiciones y determinantes. Aunque se puede concluir que hay una serie de componentes clave: la salud física, bienestar (psicológico, emocional y motivacional) y componentes sociales, que constituyen una conceptualización casi universal sobre el envejecimiento con éxito en las personas mayores en la mayoría de las culturas (Fernández-Ballesteros, 2009).

En base a lo anteriormente explicado, para la realización de la presente investigación categorizamos los componentes de estas definiciones encontradas en la extensa literatura científica sobre el envejecimiento activo y saludable o con éxito, en cuatro dominios diferentes, en base a indicadores objetivos y subjetivos.

La selección de indicadores fue inicialmente guiada por la definición clásica de Rowe y Kahn (1997) de envejecimiento con éxito. Sin embargo, hicimos adaptaciones fundamentales con las mejoras que se han sugerido en la literatura y que el trabajo de Cosco et al (2014) resume, por ejemplo. En particular, nos basamos en la propuesta teórica de Kahana, Kahana y Lee (2014) denominada Modelo Integral Proactivo, Preventiva y Correctiva (PCP) (Kahana & Kahana, 1996; Kahana et al., 2003, 2012), de la que ya hemos hablado en un capítulo anterior. Muy resumidamente, este modelo se basa en cómo las personas mayores lidian con los factores estresantes de la vida durante el envejecimiento: por ejemplo, el declive físico y la pérdida de amigos o parientes que a menudo provoca resultados psicológicos y sociales adversos. Se trata de una formulación útil que busca describir procesos y resultados que pueden definir criterios para el envejecimiento exitoso. Estos procesos enfatizan las adaptaciones conductuales proactivas, mientras que en los resultados incluyen el mantenimiento del bienestar psicológico y la buena calidad de vida en la vejez. Según este modelo, las personas que envejecen se involucran en dos tipos de adaptación. El primero son los comportamientos preventivos, como por ejemplo, el ejercicio físico y la dieta saludable (autocuidado). También se pueden involucrar en ayudar a los demás (cuidado) y mantener actitudes altruistas pues también parece mejorar la felicidad en los últimos años de la vida. El otro tipo de adaptación entra en juego después de que surgen los factores estresantes, como pedir activamente ayuda y planificar con anticipación. Para realizar estas adaptaciones proactivas los sujetos pueden usar tanto recursos externos como internos. En otras palabras, las personas que mejor lo hacen aún intentan aprovechar al máximo su futuro.

No incluimos las enfermedades crónicas como un indicador de envejecimiento exitoso, pero añadimos indicadores de funcionamiento emocional y social. Además, incluimos indicadores subjetivos, que incluían evaluaciones personales de salud y satisfacción con la vida, junto con evaluaciones más objetivas. Estas elecciones llevaron a una selección de nueve indicadores, en cuatro dominios de funcionamiento. Estos dominios fueron:

*-Recursos Sociales.* El buen funcionamiento social a menudo se indica como un factor importante en el envejecimiento con éxito por los mismos adultos/as mayores (Jopp et al., 2015). Refleja la implicación con el mundo y con las personas que los rodean y su deseo de conservar un papel en la sociedad (Phelan et al., 2004). El funcionamiento social fue cubierto por tres indicadores: las redes sociales, el apoyo social, tanto el

apoyo emocional como el apoyo instrumental o confidencial, la frecuencia de contacto con la red familiar próxima.

*-Satisfacción y Bienestar.* Tal y como sostienen Ryan y Deci (2001), deben diferenciarse dos perspectivas del bienestar: la hedónica y la eudaimónica. En la hedónica o el bienestar subjetivo, el objetivo último del sujeto es la obtención de placer y felicidad, la ausencia de problemas y la experiencia de sensaciones positivas. En este constructo se destaca la existencia de un componente emocional o afectivo de placer y displacer, y un componente cognitivo que se refiere a la formulación de juicios de valor. Para algunos autores, el sentir un alto bienestar subjetivo también se le denomina “felicidad”. De este modo, se entiende que una persona tiene un alto bienestar subjetivo cuando está satisfecha con su vida y la vive de forma positiva. En cambio, una persona con un bienestar subjetivo bajo está insatisfecha con la vida, y vive las emociones negativas con ansiedad y/o depresión. El concepto de bienestar subjetivo, se refiere a las evaluaciones que hacen las personas de sus propias vidas, que pueden ser juicios, tales como satisfacción con la vida, las evaluaciones basadas en los sentimientos, incluidos los estados de ánimo y emociones. A lo largo de los últimos años, se ha ido acumulando importante evidencia en el área del bienestar subjetivo en relación al envejecimiento (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Momtaz, Ibrahim, Hamid, & Yahaya, 2011; Pethel & Chen, 2010; Stones, Kozma, McNeil, & Worobetz, 2011) y existe un acuerdo generalizado entre investigadores y profesionales, que ven el bienestar no sólo como ausencia de enfermedad, en consonancia con la definición de salud que ofrece la OMS, sino como un constructo complejo que hace referencia a una experiencia y funcionamiento óptimo (Deci & Ryan, 2008). Por su parte, la perspectiva eudaimónica, centrada en el bienestar psicológico, se refiere al desarrollo personal como una función de las habilidades individuales y la realización del potencial de uno mismo. Está relacionado con cómo las personas luchan en su día a día afrontando los retos que se van encontrando, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida. El modelo que desarrolló Carol Ryff (1989b) de bienestar psicológico es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que llevan a las personas a funcionar de un modo positivo.

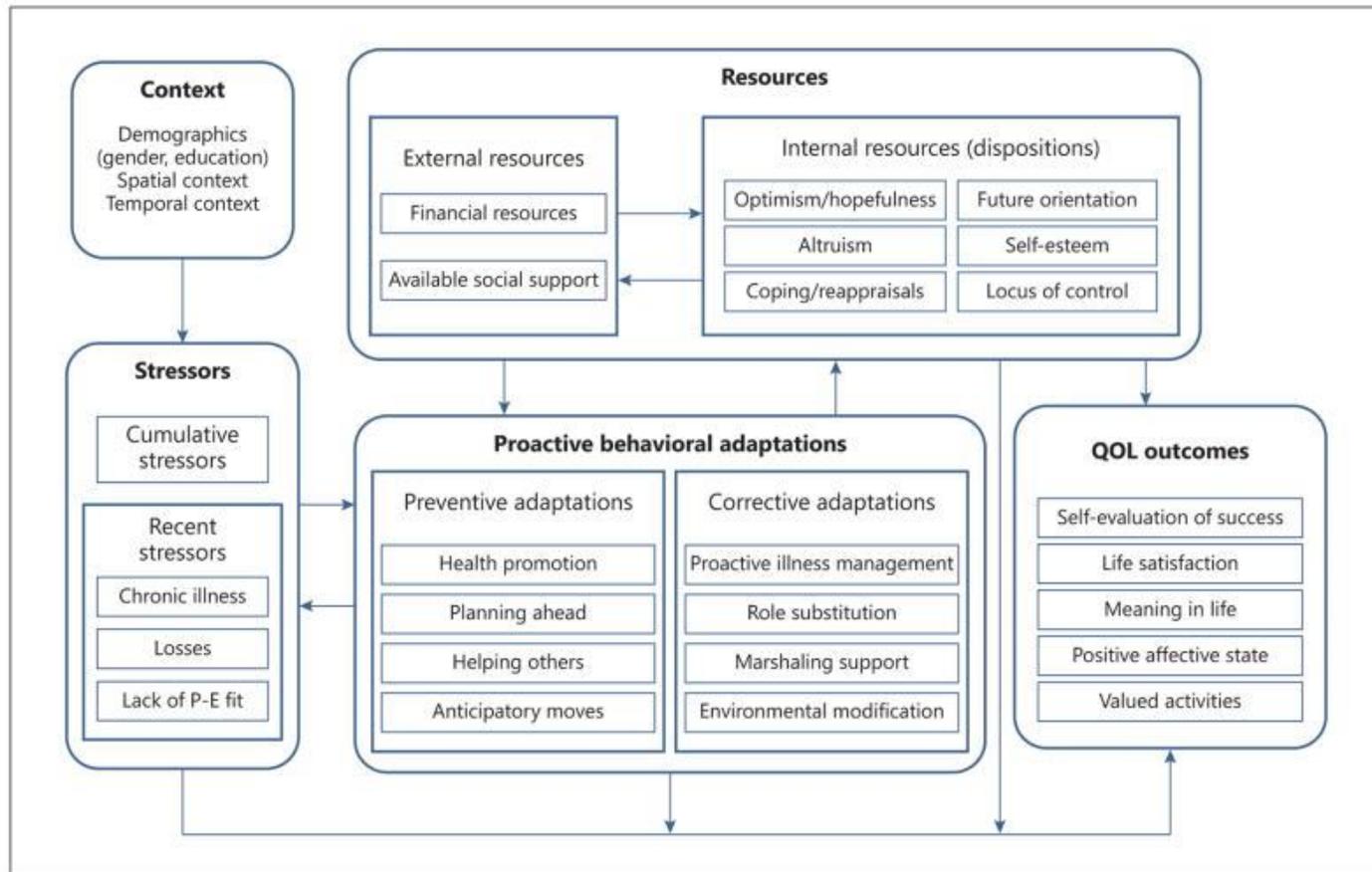
-*Salud*. Es un dominio central en la mayoría de las definiciones que abarcan el envejecimiento exitoso, y sobretodo es el aspecto más mencionado por las personas mayores (Kok et al., 2017). Para evaluar este criterio, se incluyeron medidas de autoevaluación de la salud, sintomatología depresiva y conductas de autocuidado. La buena salud y las conductas de autocuidado están muy relacionadas, y no puede entenderse la una sin la otra. Ambas son cruciales en el envejecimiento. La salud la podemos definir como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, lo cual permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí sólo. El autocuidado puede verse como una actividad dirigida con el objetivo de mantener, restaurar, o mejorar la salud y el bienestar. La promoción de la salud y el autocuidado ha sido reconocida internacionalmente como un factor clave para lograr un buen envejecimiento pues es el proceso de permitir a las personas aumentar el control y mejorar su salud, lo que les permite llevar una vida activa y productiva hacia el bienestar y la calidad de vida (Sundslí, Espnes, & Söderhamn, 2013). Por otra parte, seleccionamos los síntomas depresivos como un indicador de funcionamiento emocional y del estado afectivo negativo. Aunque los términos afecto positivo y negativo parecen referirse a dos polos de una misma dimensión, diversos autores la consideran como dos dimensiones diferenciadas, incluso independientes (Moral de la Rubia, 2011). Las emociones negativas en las personas mayores tienen importantes consecuencias para la salud, por ejemplo, se ha demostrado que el aumento de activación emocional negativa favorece la aparición de efectos dañinos en personas mayores, en el sistema inmunológico y cardiovascular, en comparación a personas jóvenes (Ostir, Ottenbacher, & Markides, 2004). Continuando con los efectos adversos, se destaca que la relación existente entre envejecer y las emociones negativas como la depresión, aumentan el riesgo de mortalidad en personas mayores. Cabe destacar que el trastorno depresivo, es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez. Por el contrario, las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia. En contraste, el afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad displacentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona

con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad, estresores y ambientes desfavorables (Dockray & Steptoe, 2010; Steptoe, Dockray, & J, 2009). De modo que el afecto positivo es un factor protector de enfermedades y facilita el buen rendimiento, por el contrario el afecto negativo es un factor de riesgo (Moral de la Rubia, 2011).

*-Soledad.* La soledad social es un sentimiento subjetivo derivado de la ausencia de contacto con un grupo más amplio de personas o una red social atractiva (de Jong Gierveld, van Tilburg, & Dykstra, 2016). La soledad se considera hoy en día uno de los principales problemas de la sociedad. La experiencia negativa de una discrepancia entre la red de relaciones personal deseada y la alcanzada es común y afecta tanto a jóvenes como a las personas mayores. Y en particular, tal y como están demostrando diversos estudios científicos a lo largo de los últimos años, la soledad no deseada es un importante factor de riesgo para la salud y la calidad de vida, especialmente, el sentirse solo (más que el estar solo) está relacionado con una peor salud mental, como la depresión, el deterioro cognitivo, o más probabilidades de sufrir un ataque de corazón e incluso una mayor incidencia de la mortalidad de las personas mayores que se sienten solas, entre otras consecuencias negativas (Fernández, 2017; Steptoe, Shankar, Demakakos, & Wardle, 2013).

A continuación, representamos gráficamente en la Figura 15 el Modelo Integral PCP de Kahana et al. (2014) una versión más completa de la primera formulación del modelo de Kahana y Kahana (1996), pero con las adaptaciones y variables utilizadas para la realización de esta tesis (ver Figura 16). Tal y como se observa, en el modelo PCP se contempla la red social y el apoyo social como recursos externos, mientras que la frecuencia de contacto con familiares se considera un componente-resultado de la calidad de vida. A su vez, la satisfacción vital es también un componente-resultado de la calidad de vida, mientras que algunos factores o dimensiones del bienestar psicológico (que en este caso nosotros nos hemos basado en la propuesta teórica de Carol Ryff), son consideradas bien como recursos internos que dispone el individuo para hacer frente a su envejecimiento e implementar las conductas proactivas (propósito de vida, autoaceptación y autonomía), bien como conductas de adaptación proactiva correctivas (dominio del entorno) o bien como una variable resultado o componente de la calidad de vida (crecimiento personal, relaciones positivas con los demás). Por otro lado, la salud percibida en el modelo PCP constituye un estresor, mientras que la depresión (o su lado opuesto afecto positivo) se considera una variable resultado de

calidad de vida. En relación con el autocuidado, se trata de una conducta proactiva de carácter preventivo. Además, en este modelo se contempla la ayuda a otros como una conducta proactiva preventiva (el cuidado podría ser una manifestación) o bien la actitud o disposición generativa como un importante recurso interno disponible para afrontar los retos del envejecimiento. Finalmente, la soledad o pérdidas sociales, se considerada en el Modelo PCP como una importante fuente de estrés. Las variables sociodemográficas en general, y en particular el sexo/género, hacen referencia en el modelo original a las variables del contexto y que moldean la adaptación al envejecimiento.



Color version available online

Figura 15. Modelo Integral PCP de Kahana et al. (2014).

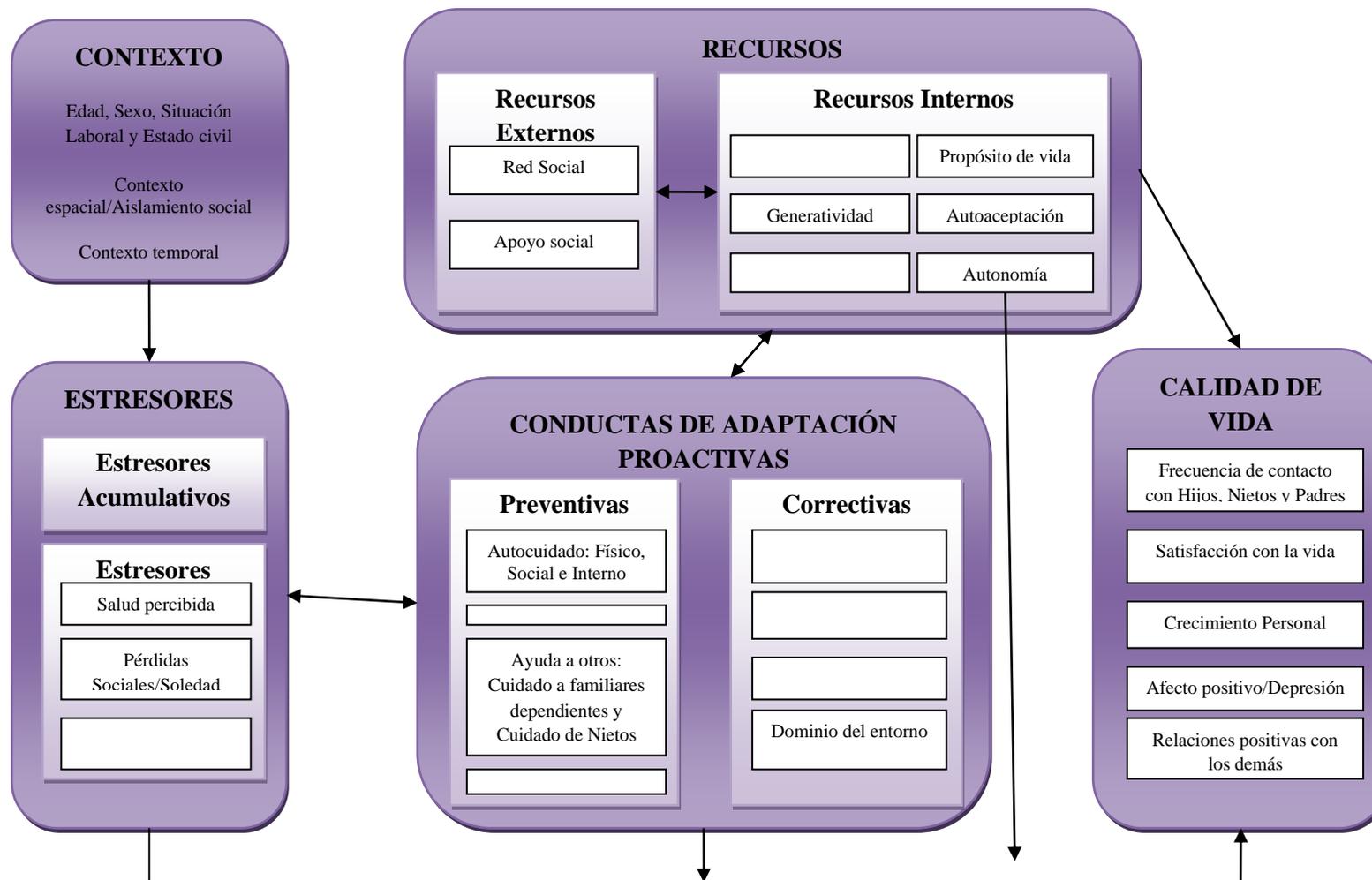


Figura 16. Modelo Integral PCP adaptado para esta investigación (Kahana et al., 2014).

## 5.1. Los Recursos Sociales: Red social, Apoyo Social y Soledad

Las relaciones sociales son fundamentales para el desarrollo y el bienestar humano, pues están involucradas en el mantenimiento de la salud y pueden reforzar la autoestima, el autocontrol, el afán de compromiso y la superación. Las relaciones sociales, que dependen del acceso a las redes sociales, promueven la participación en actividades sociales y permiten el acceso al apoyo social. Durante el envejecimiento es necesario desarrollar mecanismos de afrontamiento para adaptarse a los cambios que se producen, y las redes sociales facilitan esta adaptación afectando a la salud mediante diversos mecanismos, como la provisión de apoyo, la influencia social a través de las normas y la conducta social, los contactos interpersonales y el acceso a recursos. Son numerosos los estudios que han demostrado que los factores sociales tienen un impacto positivo en la salud mental y física de las personas mayores (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010; Kelly et al., 2017; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003).

Durante esta etapa de la vida puede producirse una desvinculación de la sociedad, tanto social como psicológica, y como consecuencia de ello, provocar aislamiento social y enfermedades físicas y psicológicas. De ahí, la importancia de no perder los vínculos con el entorno y con las personas más cercanas. El aislamiento social es un reflejo objetivo y cuantificable del tamaño reducido de la red social y la escasez de contacto social. Es un problema particular a edades más avanzadas, cuando la disminución de los recursos económicos, el deterioro de la movilidad y la muerte de los allegados conspiran para limitar los contactos sociales. Las personas aisladas socialmente tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, deterioro cognitivo y mortalidad. En particular, el aislamiento social también se ha asociado con presión arterial elevada, proteína C reactiva y fibrinógeno y con respuestas inflamatorias y metabólicas elevadas al estrés (Steptoe et al., 2013).

En líneas general, autores como Holt-Lunstad et al. (2010) han destacado dos teorías que podrían explicar esta asociación entre el apoyo social y la salud, es decir, cómo la escasez de relaciones sociales pueden afectar a la salud negativamente: El *Modelo de amortiguación del estrés* y el *Modelo de los efectos principales* (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2001). Por un lado, la hipótesis de amortiguación que se basa en la *Teoría de amortiguación del estrés*, sugiere que las relaciones sociales pueden proporcionar recursos (informativos, emocionales o tangibles) que promuevan respuestas adaptativas conductuales o neuroendocrinas a los factores estresantes agudos o crónicos. La ayuda de las relaciones sociales modera o

amortigua la influencia nociva de los factores estresantes en la salud. Desde esta perspectiva, el término apoyo social se utiliza para referirse a la disponibilidad real o percibida de los recursos sociales. Por otro lado, el *Modelo de efectos directos* propone que las relaciones sociales se pueden asociar con efectos protectores para la salud a través de medios más directos, como influencias cognitivas, emocionales, conductuales y biológicas que no están explícitamente concebidas como ayuda o apoyo. Por ejemplo, las relaciones sociales pueden alentar directamente o modelar indirectamente conductas saludables, de modo que ser parte de una red social generalmente se asocia con la conformidad con las normas sociales relevantes para la salud y el autocuidado. Además, ser parte de una red social les da a las personas roles significativos que proporcionan autoestima y propósito de vida (Thoits, 1983).

### **5.1.1. Red social y Apoyo Social**

El apoyo social constituye un tema de gran interés y relevancia. En los últimos años, se han incrementado las investigaciones sobre el apoyo social en las personas mayores. Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. Pero, la evidencia empírica en este tema desmintió este supuesto, ya que un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, pues éste puede variar en el tiempo y a lo largo de la vida de las personas (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Sin embargo, a pesar de la cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social” o “vínculos sociales”, entre otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo. No existe consenso respecto a la definición de este concepto, pues se trata de un fenómeno también complejo.

Se podría concebir el apoyo social como un concepto multidimensional compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud y el bienestar de los individuos, y que la naturaleza de esta relación explicaría el por qué las personas con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental debido a los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (Castro, Campero, & Hernández, 1997). En concreto, son diversos los estudios que han mostrado que hombres y mujeres mayores con altos niveles de apoyo social (en relación

al tamaño de la red, la densidad, distribución, funcionalidad, frecuencia de contacto e intimidad) poseían niveles más altos en equilibrio afectivo, satisfacción vital y bienestar psicológico global e inferiores en depresión, que aquellos que poseían niveles más bajos, es decir, las personas más integradas familiar y comunitariamente poseen mayor bienestar (Arias, 2015b).

Algunos elementos básicos para el estudio del tema son: el concepto de apoyo social, la identificación de las fuentes de apoyo, los tipos de vínculos, la disponibilidad y sostenimiento de las redes, y la complementación entre fuentes formales e informales de apoyo social. A continuación se abordarán cada uno de ellos.

En este trabajo, nos hemos basado en el concepto de apoyo social de Kahn y Antonucci (1980), quienes definen el apoyo social como: "...las interacciones personales que incluyen uno o más de los siguientes elementos clave: afecto, afirmación y ayuda" (p. 267). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también denominamos con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. De esta manera, el apoyo social puede manifestarse cuando una persona expresa admiración, respeto o amor hacia la otra (afecto), cuando demuestra que está de acuerdo con ella (afirmación), o también cuando se le ofrece algún tipo de ayuda, sea material, económica o información sobre algo (Sánchez-Sánchez, 2017).

Clásicamente se han definido dos dimensiones del apoyo social: por una parte las características estructurales de la red social y por otra parte, los aspectos funcionales de las relaciones entre los miembros de la red, como el intercambio de recursos, información, bienes o servicios y el intercambio de afectos (Fernández-Ballesteros, 2002). Es decir, por una parte está el Apoyo estructural o cuantitativo, también denominado Red social, referido a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo (por ejemplo familia, amigos, pareja o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras. Por otra parte, encontramos el Apoyo funcional o cualitativo que tiene un carácter más subjetivo y se refiere a las percepciones sobre la disponibilidad de soporte. Es decir, es la percepción subjetiva que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional o afectivo, informativo, instrumental e interacción social positiva (Alonso,

Rodríguez, & González, 2013). Así, en general, se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Según Guzmán et al. (2003), los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aportación regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros). Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado o acompañamiento. Los apoyos emocionales y afectivos que se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro, se refieren a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto y otras variantes. Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, estrategias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, etc.

De manera análoga, han sido propuestas diversas clasificaciones para definir las diferentes fuentes de apoyo social. Aunque la clasificación más común en la literatura es la que distingue entre fuentes de apoyo formal e informal. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, contempla objetivos específicos en ciertas áreas determinadas y utiliza a profesionales o voluntarios para garantizar el logro de sus metas. El apoyo informal está constituido por las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas, es decir, aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia (Guzmán et al., 2003). Las redes informales personales se estructuran sobre la base de contactos más o menos frecuentes y de relaciones significativas desarrolladas por un período más o menos largo o durante toda la vida (Antonucci & Akiyama, 1987).

Con respecto al apoyo informal, la familia es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en mujeres y hombres mayores, pues se centran en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad (Pinazo-Hernandis, 2005). Cuando se habla de la familia se parte de la idea de que ésta debe ser el espacio privilegiado de los apoyos, pero lo cierto es que la capacidad de la familia para asumir responsabilidades está siendo afectada por los cambios demográficos que se están produciendo en los últimos años, especialmente si tenemos presente la baja fecundidad al disminuir el número de miembros potenciales dadores de apoyo. También la mayor participación de la mujer en la actividad económica o laboral afecta en concreto a la continuidad de un modelo de cuidado tradicional y del apoyo instrumental, así como también

se puede considerar la influencia de los cambios en los patrones de nupcialidad o matrimonio (con un aumento de divorcios y segundos matrimonios) y el florecimiento de lo que se ha denominado la “cuarta edad” en la vejez, grupo de población creciente con edades muy avanzadas y por lo tanto con mayores necesidades y demandas (Guzmán et al., 2003).

Igualmente, las redes de amistades y vecinos son un apoyo valioso para las personas mayores, éstas se construyen por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos que brindan las amistades son más públicos pero más personales, lo cual es esencial para el cuidado fuera del hogar y constituyen fuentes de apoyo importantes. El apoyo de los vecinos es considerado significativo en los casos de personas mayores que no cuentan con redes de apoyo familiares. En algunos casos los vecinos pueden asumir el rol de la familia ausente. Es evidente que durante la vejez las necesidades de apoyo aumentan y, en forma concomitante, las redes familiares y de amigos disminuyen. Sin embargo, el valor de los grupos de apoyo es sumamente reconfortante para la población mayor, por lo que, aún cuando las redes disminuyen en número, su calidad es mucho más significativa.

Se ha teorizado que, en concreto, el apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio según autores como Rowe & Kahn (1997), pues es un facilitador de las conductas de promoción de la salud ya que disminuye el impacto de los acontecimientos estresantes amortiguando sus efectos negativos. De forma pareja, autores como Sánchez-Sánchez (2017), sugiere que las personas mayores que participan activamente en redes sociales y se sienten integrados socialmente de manera que reciben apoyo informal, manifiestan tener una mejor salud física y mental que los que no están conectados, además el apoyo informal se ha asociado con un bajo riesgo de morbilidad y mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2010; Kelly et al., 2017; Zunzunegui et al., 2003).

Otra clasificación en relación al apoyo social es la planteada por Caplan (1974), quien distingue entre la dimensión objetiva o el apoyo recibido y la dimensión subjetiva del apoyo social o el apoyo percibido. El apoyo recibido hace referencia a las transacciones reales de ayuda producidas entre los miembros de una relación, esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado. El apoyo percibido se refiere a la evaluación que el individuo realiza de esa ayuda, relacionada con el componente cognitivo. De otra parte, es reconocido por la mayoría de los autores que la percepción de apoyo ayuda a enfrentar la forma de una situación difícil, independientemente de que se acceda o no a los recursos que se creían disponibles, es decir, es una medida de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Según Guzmán et al. (2003), cuando se habla de apoyos

se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. No se trata de procesos enteramente definidos en que uno da al otro en función de lo que recibe de éste, sino de un complejo sistema basado en normas y valores que premian ciertas conductas y penalizan otras y en el cual el equilibrio caracterizaría a un intercambio balanceado es algo indeterminable, entre otras razones porque no es posible establecer el valor preciso de aquello que se intercambia. Cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas, en cambio cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración o bien, en el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento.

En España, la mayor parte del apoyo social que reciben las personas mayores proviene del apoyo informal, es decir de la ayuda ofrecida por familiares, amigos y vecinos (Fernandez-Ballesteros, 2002). Siendo el cuidado un ejemplo de apoyo social que mezcla características de apoyo instrumental y emocional (Antonucci, Birditt, Sherman, & Trinh, 2011) y siendo los miembros más cercanos de la familia nuclear de origen los principales proveedores de cuidado (Solé-Auró & Crimmins, 2014). En esta etapa vital, el estado civil adquiere un papel importante y hay autores como Wenger (1991) que en relación a estas relaciones de apoyo familiares, indica que el matrimonio tiene un efecto diferente para los hombres y mujeres mayores. Igualmente, el número de hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre. O la frecuencia de contactos entre las distintas generaciones de una familia, que también es una de las medidas de apoyo social, aunque a este respecto es importante remarcar que los contactos que mantienen las personas mayores con otros grupos de edad varía mucho de unos países a otros, siendo más frecuente los contactos (a diario o casi a diario) en los países del sur de Europa como en España, Italia y Grecia (Abellán et al., 2017).

La frecuencia de contacto no es sólo signo del cuidado recibido, es decir, personas mayores receptoras de cuidado, también representa el apoyo que las personas mayores prestan a su entorno familiar, ya sea con ayuda económica o incluso el acogimiento en el hogar, que en este último caso va dirigido casi siempre a los hijos e hijas adultos. La cohabitación es considerada como una de las formas más comunes de apoyo en las personas mayores, tanto de los hijos e hijas hacia ellos como de los padres y madres hacia los hijos ya adultos, es decir, cuando los hijos/as no cuentan con recursos suficientes para independizarse (o no desean hacerlo) o cuando la situación económica es precaria. Por otro lado, también, tal y como

indican Rodríguez, Rodríguez, Castejón y Morán (2013), en torno al 45% de las personas mayores prestan algún cuidado bien sea a familiares enfermos o en situación de dependencia o bien cuidan de manera cotidiana a sus nietos mientras sus padres trabajan. Esta proporción es mayor en el caso de las mujeres y a medida que avanza la edad. Muchos estudios han señalado que las personas mayores que ofrecen mayor apoyo intergeneracional, informan generalmente de menor soledad (de Jong Gierveld, Dykstra, & Schenk, 2012). Además, las mujeres mayores que cuidan a sus nietos y nietas perciben un mayor apoyo social frente a las que no cuidan de sus nietos (Muñoz-Perez & Zapater-Torras, 2006). Por lo tanto, no sólo es importante el hecho de recibir apoyo y cuidados de otras generaciones sino también el hecho de proporcionar cuidados (generatividad) es beneficioso para las personas mayores (Sánchez-Sánchez, 2017).

En el estudio del apoyo social y las redes sociales durante el envejecimiento, se han desarrollado principalmente dos modelos teóricos que proporcionan un marco teórico para la consideración de cómo las personas reclutan y gestionan sus vínculos sociales a medida que entran en la vejez: la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* de (Carstensen, 1991, 1992, 1993; Carstensen et al., 2003) y el *Modelo Teórico del Convoy del Apoyo Social* (Antonucci, 2001; Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2014; Antonucci & Akiyama, 1987; Kahn & Antonucci, 1980). Según la *Teoría de la Selectividad Socioemocional* desarrollada por Carstensen (1992, 1993), a medida que nos hacemos mayores cambian las relaciones y algunas figuras sociales (pareja, hijos, nietos, amigos, etc.) que tienen un papel específico y significativo en la vida de las personas, pues incluyen todas aquellas relaciones que se establecen a su alrededor y que van cambiando a lo largo de su vida. En este sentido, a medida que envejecemos se produce un descenso de los contactos sociales que es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen intactas con la edad. De acuerdo con los estudios de Carstensen, entre las personas mayores es especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, de modo que con el envejecimiento la interacción social es más selectiva y se maximizan las experiencias emocionales positivas, con preferencia en las personas con los que se han tenido relaciones gratificantes, minimizando así los riesgos emocionales, es decir, se perfeccionan las redes sociales para satisfacer mejor las necesidades emocionales. Las nuevas relaciones, los nuevos contactos o las relaciones más superficiales son descartados a medida que la persona envejece disminuyendo los contactos, pero se trata de una disminución altamente selectiva, pues se sacrifican los contactos más superficiales y se intenta mantener aquellos más cercanos, los

que proporcionan mayor recompensa emocional, ya que cuando se tiene la sensación de que el tiempo está limitado, el foco tiende a desplazarse hacia objetivos presentes y más orientados a las emociones.

Por otro lado, el *Modelo Teórico del Convoy o caravana del Apoyo Social* propuesto por Kahn y Antonucci (1980) describe cómo cambian estas redes durante el ciclo vital, y según este planteamiento, el individuo está inmerso en una red social que le acompaña a lo largo de la vida, como una caravana de camiones que se desplaza por una autopista, obteniendo beneficios de esta asociación. De acuerdo con el Modelo del Convoy, las personas están rodeadas de otros que se mueven con ellos a lo largo del curso de la vida. Estas relaciones varían en su cercanía, su calidad (por ejemplo, positiva, negativa), su función (por ejemplo, ayuda, afecto, intercambios de afirmación) y su estructura (por ejemplo, tamaño, composición, frecuencia de contacto, proximidad geográfica). La estructura, función y calidad de los convoyes están influenciados por características personales (por ejemplo, edad, género) y situacionales (por ejemplo, demandas de roles, normas, valores) a la vez que tienen implicaciones significativas para la salud y el bienestar (Pinazo-Hernandis, 2005). La medida de convoy involucra colocar individuos cercanos e importantes en tres círculos concéntricos que representan tres niveles de cercanía: cerca, más cerca, más cercano (Antonucci et al., 2014). Este modelo conceptualiza las relaciones sociales como multidimensionales, pues en su forma más básica, incluyen dimensiones de estructura, tipo y calidad. Así, Antonucci et al. (2014) indican que los primeros trabajos, que usaban recuentos simples del número de contactos o vínculos que un individuo tenía con otras personas u organizaciones, tendían a enfatizar la cantidad de relaciones, pero luego se empezó a evaluar también la calidad de las relaciones además de la cantidad. Estos últimos estudios han demostrado en primer lugar que, aunque la cantidad de relaciones era importante, la calidad de la relación en realidad era más predictiva de la mayoría de los resultados relacionados con el bienestar, incluida la mortalidad, la salud física y mental. Sin embargo, es necesario tener alguna cantidad de relaciones para tener relaciones de alta calidad. En segundo lugar, en este modelo de relaciones sociales, se utiliza un enfoque que identifica específicamente las características de los miembros de la red, incluyendo: tipo de relación (es decir, cónyuge, amigo), sexo, edad, frecuencia de contacto y proximidad geográfica, entre otras características, superando así el uso de medidas globales y generales que no permitían el análisis de diferentes características estructurales o de composición. En tercer lugar, las relaciones sociales se consideran importantes en cualquier momento dado, pero también se construyen a partir de experiencias

previas y, por lo tanto, adquieren una importancia adicional a lo largo del tiempo. En cuarto lugar, la experiencia de las relaciones sociales puede entenderse tanto objetiva como subjetivamente y desde múltiples perspectivas. Finalmente, el Modelo de Convoy en sí mismo postula la naturaleza contextual de las relaciones sociales.

En resumen, según el Modelo de Convoy, las personas están rodeadas por una red de personas, cuya composición y calidad de la red se forma a lo largo del tiempo por factores que son personales (edad, género y personalidad) y situacionales (expectativas de roles, recursos y demandas (Antonucci, 2001). Es decir, el modelo sugiere que las personas mantienen estructuras de redes sociales personales distintivas que las acompañan a lo largo de la vida, pero también que estas estructuras cambian en respuesta a diferentes situaciones. El nivel “óptimo” de integración social varía claramente según las características del individuo o las circunstancias, y esto es particularmente importante entre la población de edad avanzada. Por ejemplo, Krause, Liang y Keith (1990), descubrieron que las personas mayores que son extrovertidas tienden a hacer más contactos sociales (especialmente amistades) que las y los mayores que son introvertidos. Por lo tanto, aunque las personas mayores tienen aproximadamente la mitad de relaciones sociales que los individuos más jóvenes, las personas mayores con redes muy restringidas pueden haber preferido siempre tales redes restringidas y no haber experimentado grandes reducciones en el tamaño de la red a lo largo del tiempo. O si atendemos al género, por ejemplo, las mujeres informan generalmente que brindan más apoyo, tienen un contacto más frecuente con los miembros de la red, están más satisfechas con sus amigos y tienen redes sociales más grandes y polifacéticas que los hombres (Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006).

En general, la mayoría de las investigaciones han encontrado que la calidad de las relaciones sociales tiene un mayor impacto en el bienestar que las características estructurales de las redes sociales (Antonucci, 2001), siendo por lo tanto la calidad percibida de las relaciones, un posible mecanismo por el cual los tipos de red pueden influir en la salud mental (Fiori et al., 2006). Además, de acuerdo con el modelo de convoy de relaciones sociales, las expectativas de rol son factores situacionales que influyen en la composición y el apoyo de la red de un individuo. Fiori et al. (2006) sugieren que son los múltiples roles que ejercen las personas en su vida cotidiana (por ejemplo, trabajador, cónyuge, amigo, miembro de una organización u asociación, vecino, etc.), los que promueven una mayor conexión e integración social, lo que a su vez puede mejorar la salud psicológica directamente (por ejemplo, al reducir el aislamiento) o más indirectamente (por ejemplo, al proporcionar mayor apoyo

social). Un individuo/a integrado en una red diversa tendría mejores resultados de salud mental que un individuo en una red más restringida (Fiori et al., 2006).

A este respecto en relación con esta teoría, cabe resaltar también brevemente la *Teoría de la especificidad funcional de las relaciones* de Weiss (1974) que de modo similar al Modelo Convoy, postula que las diferentes relaciones realizan diversas funciones para las personas. Estas funciones incluyen datos adjuntos (normalmente proporcionados por cónyuges y familiares o amigos muy cercanos), integración social (proporcionada por grupos de actividades sociales), alianza confiable (proporcionada por familiares), orientación, tranquilidad (por ejemplo, de compañeros de trabajo) y oportunidad para nutrir y cuidar (por ejemplo, a los niños). Aunque la importancia de estas disposiciones puede variar, todas son esenciales para un ajuste personal adecuado. Por lo tanto, uno podría esperar que una persona integrada en una red en la que se cumplen todas estas disposiciones (por ejemplo, una red diversa con el apoyo de una variedad de fuentes) tenga mejores resultados de salud mental que un individuo en una red más restringida (Fiori et al., 2006).

Una vez descritos los principales conceptos, definiciones y modelos teóricos en relación a las relaciones sociales, el apoyo social y las redes sociales, pasaremos a revisar las principales evidencias empíricas que se han hallado sobre la influencia que el apoyo social ejerce en el envejecimiento, y en particular cuál es su asociación con el envejecimiento con éxito. Partimos, en primer lugar, de que no existe un concepto unívoco sobre redes sociales. Las definiciones planteadas sobre las redes sociales, son tan abundantes que sería imposible reseñarlas en este espacio. A modo de ejemplo, Walker, MacBride y Vachon (1977) definieron a las redes sociales como la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, tal y como se citó en Guzmán et al. (2003), p.40. O la definición de Guzmán et al. (2003) según la cual, las redes de apoyo son un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. Son transacciones interpersonales bidireccionales que implican dar y recibir ayuda, afecto y afirmación. Generalmente, cuando se habla de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la existencia de las redes.

Como ya se ha explicado en párrafos anteriores, la mayoría de autores plantea la necesidad de diferenciar entre la estructura de las relaciones sociales y su función. De forma abreviada, las *redes sociales* hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones

sociales, comprendiendo el tejido de individuos con los que uno tiene relaciones interpersonales y los vínculos que se establecen, en término de número de miembros, frecuencia de contactos, diversidad de vínculos, reciprocidad o intimidad. La función de las relaciones sociales, o *apoyo social*, por otra parte, son las interacciones personales dentro de dicha estructura, el contenido relacional de las mismas: el apoyo instrumental, emocional, la vinculación social o desarrollo de roles sociales, la influencia social, e incluso la tensión social o efectos negativos de las relaciones sociales. Las redes sociales operan sobre el bienestar a través del flujo de apoyo social.

En este sentido, el metanálisis de Pinquart y Sörensen (2000) demostró que las redes sociales de las personas mayores son factores importantes para facilitar una “buena vejez” debido a su asociación con un mejor bienestar, una mejor utilización de los servicios de salud o sociales y una mayor longevidad, es decir, los contactos sociales les brinda a las personas mayores apoyo social, tanto emocional como instrumental. En otras palabras, se puede decir que las personas mayores en redes dotadas de mayores recursos interpersonales, o lo que se denomina mayor capital social, muestran mayor bienestar que aquellos que están en redes menos dotadas. Además, la calidad de los contactos sociales muestra asociaciones más fuertes con el bienestar que la cantidad de contactos sociales como ya hemos comentado. Por ejemplo, Litwin & Stoeckel (2014) en su investigación, hallaron que en particular, el contacto con amigos/as en las personas mayores, se relaciona más con el bienestar en general que el contacto con los hijos/as adultos, pero no ocurre lo mismo con la satisfacción con la vida, dado que en este caso, la calidad del contacto con los hijos adultos es más importante para la satisfacción en comparación con la calidad de las amistades.

En relación al “tipo de red”, que es una construcción relativamente nueva en el ámbito del análisis de redes sociales, se han propuesto diferentes formas de tipificar las redes sociales (Wenger, 1991). La identificación de los tipos de redes y su complejidad, permite el análisis de cómo las relaciones y la interconexión emocional pueden interactuar con la salud y el bienestar emocional en los últimos años de la vida. Las características estructurales incluyen tamaño (número de personas en la red), distribución (cuántas, en qué círculo y sector), densidad (conexión entre los miembros), el tipo de funciones de las relaciones, la homogeneidad/ heterogeneidad demográfica y sociocultural de la red y su dispersión o distancia geográfica entre los miembros (Sluzki, 1996).

Hay que mencionar, además, que existe cierto debate social sobre si los tipos de red que las personas tienen están vinculados al contexto cultural al cual pertenecen. Autores como Fiori, Antonucci y Akiyama (2008) exploraron los perfiles de red y sus asociaciones en dos culturas diferentes: Estados Unidos y Japón. Encontraron que los tipos de redes comunes o compartidas por ambos países fueron etiquetados como “diversas”, “restringidas”, “centrada en amigos” y “centrada en la familia”. Por su parte, (Litwin, 2010) examinó si las redes sociales de las personas mayores en los países mediterráneos y no mediterráneos eran diferentes y si funcionaban de manera similar en relación al bienestar, sus resultados subrayan que el fenómeno de las redes sociales está vinculado contextualmente. Dado que en dicho estudio se confirmó que en los países mediterráneos las familias eran más numerosas y con más intercambios intergeneracionales de ayuda dentro del hogar que en los no mediterráneos. Esto es cierto tanto para hombres como para mujeres. Finalmente, estos autores concluyeron que las redes sociales de las personas mayores deben verse dentro de su entorno regional único y en relación con los valores y las normas sociales que prevalecen en los diferentes conjuntos de sociedades.

Otro estudio transcultural que apoya esta idea sobre la influencia cultural o del contexto en la composición de las redes sociales de las personas mayores y cómo se asocian con la salud y el bienestar, fue el de Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro (2007), los cuales llegaron a la conclusión de que las personas mayores de los tres países que analizaron (Costa Rica, España e Inglaterra), mostraron modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia sólo residencial (caso latino-europeo). Parece ser que la convivencia entre miembros de la misma familia tiene efectos positivos cuando no es por necesidad. La frecuencia de los contactos con otros miembros de la familia muestra un mayor efecto positivo cuanto mayor es la independencia de los adultos mayores.

Una vez aclarado este aspecto cultural del tipo de red social, en la literatura revisada son diversas las investigaciones que han demostrado que los tipos de redes predicen la salud mental entre las personas mayores como por ejemplo la sintomatología depresiva (Fiori et al., 2006), la moral, la ansiedad, la soledad y la felicidad (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2011). También el tipo de red está relacionada con la salud física, incluida la visión, la incontinencia, la salud autopercebida y la dependencia funcional (Doubova, Espinosa-Alarcán, & Flores-

Hernández, 2010; Escobar-Bravo, Puga-González, & Martín-Baranera, 2012), también se asocia con la capacidad cognitiva (Gow, Corley, Starr, & Deary, 2013) e incluso la mortalidad. Hay evidencia de que las personas mayores ubicados en tipos de redes diversas centradas en amigos, es decir, integrados en redes con un alto número y variación de contactos no familiares de apoyo, tienen mayores probabilidades de supervivencia que los que tienen redes de apoyo menos variadas (Ellwardt, Aartsen, & Van Tilburg, 2017; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Litwin & Stoeckel, 2014; Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Haro, et al., 2015).

De igual forma, el “tamaño de la red” de apoyo no es constante en todas las etapas de la vida. Entre los factores que intervienen en el tamaño de la red en la vejez se encuentra el efecto de la mortalidad en la generación de contemporáneos, es decir, entre las personas de su misma generación, los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja o la jubilación. Es por ello que Rowe y Kahn (1998) argumentaron que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socio-emocional (jóvenes, viejos, familiares, amigos), mayor es su eficacia. No obstante, todavía no hay consenso respecto a cuál es el tamaño óptimo de la red de las personas mayores, o si hay que centrarse en la calidad más que en su cantidad. El asunto clave en relación a la calidad vs cantidad, es cómo lograr que el individuo logre desarrollar una mejor calidad de interacción en esta etapa de la vida, a la vez que reinsertarse o tejer nuevas redes (Guzmán et al., 2003), pues las evidencias existentes subrayan la importancia que las redes de apoyo tienen para la calidad de vida de las personas mayores, no sólo en cuanto a la provisión de apoyos materiales o instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo emocional.

A continuación, la evidencia empírica en cuanto al apoyo social (transferencias) y su influencia en el bienestar, son varios los estudios que han corroborado el papel de éste en el mantenimiento de una buena satisfacción con la vida. Cabe resaltar autores como Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deary (2007a), los cuales demostraron que las redes sociales o el apoyo pueden contribuir significativamente al envejecimiento exitoso, dado que explican una mayor proporción en las calificaciones de satisfacción con la vida en los mayores (el 23% de la varianza), sobre todo el contar con un buen amigo con quien hablar y una menor soledad percibida, subrayando el nivel de soledad como el mayor predictor de apoyo social. También se ha comprobado, por ejemplo, cómo el apoyo emocional y social recibido por los nietos predice la satisfacción con la vida (Lou, 2010). Y en la misma línea encontramos el trabajo de

Dumitrache, Rubio y Rubio-Herrera (2017), en el cual, la salud percibida y el apoyo social percibido predijeron la satisfacción con la vida en las personas mayores: en concreto, el apoyo emocional y afectuoso, moderó el vínculo entre la salud percibida y la satisfacción con la vida, o dicho de otro modo, las personas mayores que no califican positivamente su estado de salud e indican bajos niveles de apoyo social tienen un mayor riesgo de estar insatisfechas con sus vidas.

En otro estudio sobre personas mayores realizado por los autores Okabayashi, Liang, Krause, Akiyama y Sugisawa, (2004) también se encontró una relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. En este caso, el efecto del apoyo social dependía del estado civil de los participantes: los mayores que están casados y tienen hijos se sienten más satisfechos, pero en concreto, el apoyo social del cónyuge o pareja tiene una mayor asociación con el bienestar positivo que con el apoyo social de los hijos u otras personas. Igualmente, en el estudio longitudinal *Envejecer en Leganés* iniciado en 1993 (Otero, 2009), utilizando datos de población española, y cuyo objetivo fue evaluar los efectos de las relaciones sociales en la supervivencia así como en el envejecimiento saludable y con éxito, donde se destaca la importancia de la familia en la red social de los mayores, se observó que, la integración en las actividades que se desarrollan en la comunidad donde vive la persona, la disponibilidad de tener un confidente, el tener contacto frecuente con la familia y el mantener un papel activo en la vida familiar y amistades, ejerce un efecto beneficioso para el buen envejecimiento (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez-Laso, & García de Yébenes, 2006). En definitiva, tal y como sugieren Tomás, Sancho, Gutiérrez y Galiana (2014), el apoyo social emerge como el principal predictor de la satisfacción vital durante la vejez.

A partir de los trabajos revisados hay pocas dudas sobre las relaciones de apoyo social, la salud y el bienestar, de forma que existe una mayor presencia de enfermedad fisiológica en aquellas personas a las que les falta el apoyo. Si nos atenemos a la relación entre el apoyo y la red social y el bienestar mental, varios estudios han mostrado que la falta de redes y soporte social incide en la aparición de síntomas depresivos en los adultos/as mayores, si bien, hasta la fecha, los estudios que evalúan la asociación entre las relaciones sociales y la depresión han proporcionado resultados contradictorios. Así, en la revisión sistemática de Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason y Haro (2015), se analizaron las asociaciones entre las relaciones sociales y la depresión en la población general, los hallazgos más fuertes y consistentes fueron los efectos protectores significativos del apoyo emocional percibido, el apoyo instrumental percibido y las redes sociales grandes y diversas en relación a los síntomas depresivos.

Igualmente, autores como Litwin, Stoeckel y Schwartz (2015) intentaron determinar qué componentes de la red tenían asociaciones más fuertes con los síntomas depresivos y cómo la edad podía influir en estas asociaciones. En este interesante estudio se observó que la calidad de la red social y su estructura estaban negativamente relacionadas con la cantidad de síntomas depresivos. Dicho de otro modo, un mayor tamaño y calidad de la red se relacionaba con menores síntomas de depresión, y esta asociación fue aún mayor entre los mayores de 80 años. Se encontró un efecto de interacción entre la edad y la calidad de la red social: el contacto más frecuente con la red se relacionó con un mayor grado de síntomas depresivos, pero solo entre los encuestados mayores de 80 años. Así mismo, la proximidad geográfica se relacionó también con tener menos síntomas depresivos, pero solo entre los encuestados de entre 65 y 79 años. Estos hallazgos implican, entre otras cosas, que la posible influencia de las relaciones personales significativas en la depresión en los últimos años de vida depende tanto por las características de la red como de la edad.

Algo semejante ocurre en la relación entre la soledad y el apoyo social. En primer lugar, hay que tener presente que la soledad y la depresión están asociadas en la mayoría de estudios, y esto es así especialmente en hombres y mujeres mayores. Domènech-Abella *al.* (2017), con el fin de profundizar en estas relaciones, analizaron la influencia de las redes sociales en la soledad y la depresión en la población adulta mayor en España. Descubrieron que el tipo y el tamaño de las redes sociales tienen un papel importante en esta relación y que el aumento de la interacción social puede ser beneficioso para reducir la prevalencia de la depresión entre las personas mayores españolas. Entre los resultados más importantes hallados en esta investigación, fueron que los sentimientos de soledad eran más frecuentes en las mujeres, las que eran más jóvenes (50-65 años), solteras, separadas, divorciadas o viudas, que vivían en un entorno rural, con una menor frecuencia de interacciones sociales y redes sociales más pequeñas, y con depresión mayor. Además, entre las personas que se sentían solas, las personas con depresión estaban casadas con más frecuencia y tenían una pequeña red social. Entre aquellos que no se sienten solos, la depresión se asoció con estar casado previamente. En personas deprimidas, los sentimientos de soledad se asociaron con tener una pequeña red social; mientras que entre aquellos sin depresión, los sentimientos de soledad estaban asociados con estar casado.

Sin lugar a dudas, cabe resaltar la importancia que la calidad de las relaciones y el fortalecimiento de las estructuras de las redes sociales existentes tienen para la reducción de los sentimientos de soledad, ya que pueden ser beneficiosas en la prevención de los síntomas

depresivos entre los adultos mayores. En esta línea, destaca la investigación llevada a cabo por Santini et al. (2016) con datos del *Estudio longitudinal Irlandés sobre el Envejecimiento* (TILDA), que en líneas generales se halló que el apoyo social recibido por los amigos e hijos adultos protegía contra los síntomas depresivos en ambos sexos. Aunque con algunas variaciones según sexo. En los hombres, los niveles más altos de apoyo conyugal, una menor tensión por parte de la pareja y una mejor integración en la red social protegían contra los síntomas depresivos. En cambio, los niveles más altos de tensión social con los hijos se asociaron positivamente con los síntomas depresivos en las mujeres. La soledad fue un mediador significativo en la mayoría de estas asociaciones.

Por otro lado, también se ha demostrado por ejemplo, que la recuperación deficiente del trastorno depresivo en las personas mayores, está relacionada con la percepción de un bajo apoyo social y con sentimientos de soledad, pero no así con el tamaño de la red social o con la frecuencia de interacciones sociales, aunque no están muy claros los efectos de la edad y el sexo en estas relaciones, pues hay mucha evidencia empírica y en ocasiones contradictoria (Houtjes et al., 2014; van den Brink et al., 2017). Por ejemplo, van den Brink et al. (2017) concluyeron que en el curso favorable tras padecer una depresión dependía de las siguientes características de la red social: vivir en un hogar más grande, el tener pocas experiencias negativas con el apoyo de compañeros o amigos cercanos y sentimientos limitados de soledad. Encontrando pocas pruebas en cuanto al efecto del sexo o la edad en la recuperación tras una depresión. Por tanto, si las personas mayores deprimidas experimentan dificultades en sus relaciones sociales, esto podía impedir su recuperación.

Dada la importancia de los factores culturales en el apoyo social y en la forma de relacionarse, los cuales se han explicado en párrafos anteriores (Fiori et al., 2008), cabe esperar que debido a diferencias en la socialización y a los diferentes papeles sociales entre mujeres y hombres, es esperable que existan diferencias entre sexos en la percepción del apoyo social. Las diferencias de género se expresan con bastante nitidez en las edades avanzadas y tienen su origen en los distintos roles que hombres y mujeres desempeñan en nuestras sociedades a lo largo de su ciclo vital. Así, mientras que en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia, el estereotipo de la mujer implica calidez, expresividad y confort con la intimidad, con más disposición a reconocer las dificultades y buscar la ayuda de otros (Vaux, 1985). Además, los diferentes roles implican diferentes oportunidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales. También es más frecuente que la mujer cuide a su familia, o que se dedique al cuidado de otros. Por ejemplo,

la participación laboral fuera del hogar, tradicionalmente más predominante entre los hombres, puede llevarlos a una mayor integración social en el ámbito externo, pero al mismo tiempo permite a las mujeres desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario. Para ambos sexos, sin embargo, la llegada de la vejez implica un momento de transición que coincide con la salida de los hijos de la familia o la jubilación, y que puede afectar negativamente. En el caso de la mujer, por la pérdida del rol de apoyo y cuidado asignado tradicionalmente a la madre y en el del hombre, por el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral (Guzmán et al., 2003).

Pese a que se han encontrado diferencias de sexo entre algunas dimensiones de apoyo social, la salud y el bienestar y que, además, las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital (lo que sugiere que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones), no han sido muy estudiadas las diferencias de sexo en el apoyo social en las personas mayores, y menos aún en culturas no anglosajonas (Matud et al., 2002).

A pesar de ello, diversas investigaciones señalan que el número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales difieren claramente entre hombres y mujeres. En cuanto a las redes de apoyo familiares, por ejemplo, tal y como se ha comentado anteriormente, el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. También el número de hijos ejerce una acción distinta en el padre y la madre. La mayor esperanza de vida de las mujeres, implica efectos también diferenciales según género, puesto que los hombres, por tener una vida más corta, suelen estar acompañados en su vejez y en muchas ocasiones en función de la cultura donde vivan, se complementa por el hecho de que la edad de la pareja es muy inferior. Las diferencias de sexo muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más pequeña que las mujeres que también son viudas o solteras (Guzmán et al., 2003).

Por otro lado, la amistad tiene significados distintos para hombres y mujeres mayores, aunque en ambos casos hay también continuidades y discontinuidades. Autores como Guzmán et al. (2003) indican que en varios estudios han observado diferencias de sexo con respecto a la importancia dada a las amistades en las personas mayores: los hombres mayoritariamente dan más importancia a las relaciones familiares que a las de sus amigos, mientras que la mitad de las mujeres dan a ambas similar importancia. Las amistades de los hombres siguen basándose en las actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas y tienden a centrarse en la conversación y el apoyo mutuo.

Se dice que hay una ventaja psicológica para la población femenina cuando se hace referencia a las relaciones sociales durante la vejez, pero seguro que esto responde a procesos de socialización diferencial.

En general, en la mayoría de las investigaciones sobre género y apoyo social coinciden en que las mujeres tienen redes sociales más grandes, más densas, más solidarias y más diversas que los hombres (McLaughlin, Vagenas, Pachana, Begum, & Dobson, 2010). Además de que la densidad afecta a la percepción de la adecuación del apoyo para ellas (Haines, Beggs, & Hurlbert, 2008). Y que las mujeres son más propensas a dar y recibir apoyo emocional que los hombres (Liebler & Sandefur, 2002), siendo más probable que las relaciones de las mujeres dependan de la cercanía emocional, mientras que las relaciones de los hombres tienden a centrarse más en las actividades compartidas. Adicionalmente, los estudios sugieren que las mujeres son más propensas que los hombres a movilizar el apoyo social en tiempos de estrés, siendo los amigos y la familia quienes desempeñan un papel de amortiguación más a menudo para las mujeres que para los hombres (Walen & Lachman, 2000). La investigación también muestra que el matrimonio beneficia o influye más en el bienestar para los hombres que para las mujeres (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004), lo que implica que el apoyo social fuera de la relación conyugal puede ser más importante para las mujeres que para los hombres. Es decir, para los varones, estar separados, divorciados, viudos o solteros tiene un impacto significativamente mayor (negativo) en las redes sociales de los hombres (McLaughlin et al., 2010). Parece ser que el apoyo social percibido se relaciona más con el bienestar psicológico que la percepción de salud, y que esto es particularmente relevante para los hombres, que suelen informar de mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres cuando están casados o viven en pareja estable que aquellos sin una pareja estable (Vivaldi & Barra, 2012); y que en cambio, el compromiso con los amigos parecía proteger el deterioro cognitivo en las mujeres, pero no en los hombres (Zunzunegui et al., 2003).

Cuando tenemos en cuenta el apoyo social brindado y las diferencias de sexo entre mujeres y hombres mayores, es decir aquellas personas que brindan apoyo informal a sus hijos adultos, padres mayores y amigos, autores como Kahn, McGill y Bianchi (2011), mostraron que tanto los hombres como las mujeres informan niveles muy altos de ayuda a parientes y amigos, aunque las mujeres se esfuerzan más en ayudar a los padres mayores además de que brindan mucho más apoyo emocional a los demás que los hombres. Por el contrario, los hombres brindan más ayuda que las mujeres con las tareas domésticas, el trabajo en el jardín y las reparaciones. A medida que se retiran los hombres casados se

involucran significativamente más en el cuidado de sus nietos, lo que prácticamente elimina cualquier diferencia de género cuando llegan a los 65 años.

Por otro lado, también hay evidencia científica de que la relación existente entre la depresión y el apoyo social puede ser diferente para hombres y mujeres, aunque de nuevo, las evidencias halladas son contradictorias. Como ya hemos explicado, la falta de apoyo social es un factor de riesgo para la depresión en la vejez en general para ambos sexos, pero hay estudios que sugieren que en el curso desfavorable en una depresión se asocia con tamaños de red más pequeños y niveles más altos de soledad a lo largo del tiempo especialmente en hombres (Houtjes et al., 2014). De manera similar, Sonnenberg et al. (2013), indicaron que un bajo apoyo social y una alta necesidad de afiliación estaban relacionados con la depresión en las personas mayores, pero que los hombres son más vulnerables a la depresión que las mujeres en estas circunstancias: los hombres sin pareja, con una pequeña red y con un bajo apoyo emocional estaban más deprimidos que las mujeres en la misma situación. Al mismo tiempo cuando en la red social de los mayores hay una gran necesidad de apoyos o ayuda, se asocia con la depresión en las mujeres pero no en los hombres. En resumen, la falta de una pareja y tener una red pequeña predijeron el inicio de la depresión en los hombres pero no en las mujeres; en ellas, es la necesidad de afiliación. Por el contrario, en una investigación realizada con una muestra de personas mayores en Tenerife (España), no se encontraron diferencias entre sexos en el estado emocional, indicando que los hombres y las mujeres poseían similares estados anímicos. Y con respecto al apoyo social percibido, tampoco se encontraron diferencias entre sexos, ambos mantenían similares puntuaciones en apoyo social funcional percibido. Ambos sexos perciben tener un alto apoyo confidencial, pero poco apoyo afectivo (Castellano, 2014).

A este respecto es interesante la investigación realizada por Fiori y Denckla (2012), pues aporta matices a estas conexiones entre la carencia de apoyo social y la depresión en función del sexo. En su investigación hallaron que recibir apoyo emocional se asocia con la salud mental sólo para las mujeres, mientras que la prestación de apoyo emocional e instrumental se asoció con la salud mental tanto para los hombres como las mujeres, pero con patrones diferentes. Por ejemplo, los hombres que recibieron apoyo instrumental sólo de personas no familiares, tenían los niveles más altos de síntomas depresivos, mientras que las mujeres cuyos familiares les proporcionaron sólo apoyo instrumental tenían los niveles más altos de síntomas depresivos, es decir, no hay diferencia de sexo en el apoyo instrumental pero si en el apoyo emocional. Dicho de otro modo, la falta de apoyo emocional se asoció

significativamente con la depresión para las mujeres, pero no para los hombres, independientemente si la prestación de apoyo provenía de familiares o de no familiares.

Estos resultados enfatizan la importancia del apoyo emocional para las mujeres, lo cual es coherente con la idea de que es más probable que las relaciones de las mujeres dependan de la cercanía emocional y que los lazos de parentesco tienden a ser conductos de apoyo emocional más eficaces que los lazos no familiares (Antonucci & Akiyama, 1987). Del estudio de Antonucci & Akiyama (1987) se desprende también que las mujeres informaron que en su red había necesidad de apoyos (ya sea instrumental o emocional) reportaron menos síntomas depresivos que aquellos que no lo hicieron. Esto implica que simplemente saber que ella es necesaria puede ser beneficioso para la salud mental de una mujer. Sentirse necesario puede complementar los deseos de las mujeres de ser valiosas y por lo tanto, aumentar los sentimientos de bienestar.

En relación con lo anterior, una investigación que explora el tipo de apoyo intergeneracional y las diferencias de sexo/género en un contexto radicalmente distinto como lo es la cultura china, también obtuvieron conclusiones similares. En dicha investigación se halló que recibir y proporcionar apoyo monetario tuvo un efecto beneficioso comparable en madres y padres, pero que las madres se beneficiaron más psicológicamente que los padres de relaciones más cercanas y de calidad con sus hijos (Guo, Chi, & Silverstein, 2017). En cambio, Litwin (2010) observó diferencias culturales en el apoyo intergeneracional en función del sexo y del país, en concreto constató que la recepción de dinero (apoyo instrumental) se asoció negativamente con los síntomas depresivos en las mujeres entre los países no mediterráneos, pero se relacionó positivamente entre sus contrapartes mediterráneas. Otro dato relevante del mencionado estudio fue que entre las mujeres mediterráneas, la mayor frecuencia de contacto se correlaciona con más síntomas depresivos. Lo opuesto sucede entre las mujeres no mediterráneas. Aunque para esclarecer estos resultados los autores señalan que se necesita investigación adicional dado que se desconocen las causas, pero finalmente concluyen que las personas mayores en diferentes regiones mantienen redes sociales diferentes y éstas impactan en el bienestar de maneras diferentes en función del sexo y el país o cultura.

También se han observado efectos de interacción entre el apoyo social cuando se tiene en cuenta la edad y el sexo. Por ejemplo, Shaw, Krause, Liang y Bennett (2007), encontraron que el apoyo emocional fue relativamente estable a medida que avanza la edad, mientras que otros tipos de apoyo recibido (es decir, instrumental e informativo) aumentaron con la edad a la vez

los niveles de apoyo que se brinda disminuye. Además, con los años se producen disminuciones en el contacto con amigos y con la satisfacción con el apoyo social, en donde el sexo y el status socioeconómico explicaron parte de esta variación. Por un lado, los hombres mayores, reciben y proporcionan menos apoyo que las mujeres de edad avanzada, pero ellos están también más satisfechos que las mujeres con sus intercambios de apoyo. Estos resultados sobre las diferencias de género en las trayectorias de apoyo relacionadas con la edad que salen de este estudio ayudan a especificar los matices más sutiles de la teoría de la selectividad socioemocional. En particular, los datos sugieren que los niveles de apoyo emocional aumentan con la edad, pero sólo entre los hombres de más edad. Esto puede proporcionar evidencia de que los roles de género cambian en la vida tardía de tal manera que los hombres se vuelven cada vez más preocupados con los problemas interpersonales.

Finalmente, también hay evidencia empírica de que los hombres y las mujeres pueden beneficiarse de forma diferente de las relaciones sociales en especial en cuanto a cómo afectan éstas en la mortalidad, básicamente debido a las diferencias culturales en los roles de género, como se refleja en los resultados contradictorios informados en diferentes países. La socialización depende del género, y su valor diferencial puede traducirse en efectos de salud diferentes (Rodríguez-Laso, Zunzunegui, & Otero, 2007). Tener contacto con los lazos familiares se asocia con una reducción de la mortalidad solo en los hombres y a su vez, tanto para hombres como para mujeres, el estar involucrado en roles significativos puede proteger contra la mortalidad, mientras que la recepción de apoyo emocional no tiene efectos en la supervivencia (Rodríguez-Laso et al., 2007). Por el contrario, en el metanálisis de Shor y Roelfs (2015) sobre la frecuencia de contacto, la longevidad y la salud, se muestran otros resultados distintos. Estos autores concluyen que no existe una relación significativa entre la frecuencia de contacto y la mortalidad para los hombres, y que el contacto con los miembros de la familia no tiene un efecto significativo. Quizás la mera frecuencia de contacto social puede no ser tan beneficiosa para la salud como se pensaba anteriormente. En la misma línea de estos resultados se encuentra otro estudio longitudinal realizado en Finlandia por Lyyra y Heikkinen (2006), donde también se mostraron diferencias de sexo/género en la relación entre el apoyo social y la mortalidad. Sugieren que una percepción de bajo apoyo social afecta a las mujeres y a su mortalidad, en cambio entre los hombres, ninguna de las dimensiones del apoyo social percibido mostró una asociación significativa con la mortalidad, aunque si en la calidad de vida relacionada con la salud (Hajek et al., 2016).

En conclusión, de entre todos los componentes de un envejecimiento con éxito que más se relacionan con el bienestar, ya sea en una u otra tradición, está el componente de funcionamiento social, como por ejemplo el tamaño de la red social, la cantidad de apoyo social recibido, el establecimiento y el mantenimiento de relaciones positivas con otros (Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho, & Oliver, 2016). Las fuentes citadas en esta breve revisión de la literatura sostienen que en general, la variable sexo/género modifica el efecto independiente de las relaciones sociales en varios resultados, si bien es necesario más investigación adicional para aclarar aún más el papel del género, en la asociación entre las redes sociales y el bienestar en diferentes entornos, pues como se ha visto, los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones muchas veces son contradictorios e inconsistentes, lo que tal vez sugieren que las diferencias de sexo dependen más del contexto y la cultura. Por otro lado, no está claro si las diferencias de sexo/género en la estructura de la red, que son evidentes entre los adultos jóvenes, persisten en la vida posterior. En general, como se ha visto, la investigación encuentra que las mujeres mayores tienen redes más grandes y diversas que los hombres mayores. Es evidente que aquellos que tienen miembros de la red que se conocen entre sí tienen más acceso a apoyo social, compañía y ayuda emocional. Este es un tema importante en la vejez, ya que muchas personas mayores le dan un alto valor a la independencia, especialmente cuando se enfrentan con la perspectiva de depender de otros. Las redes sociales pues proporciona oportunidades para ejercer la autonomía y les da un mayor control sobre sus vidas. La perspectiva del ciclo vitalexplora que los hombres adoptan un enfoque más emocional de las relaciones a medida que envejecen, centrándose menos en los vínculos instrumentales que facilitan los logros individuales y más en los lazos que proporcionan satisfacción emocional.

Las realidades y los desafíos que supone la vejez (incluida la jubilación y el deterioro de la salud), hacen que las prioridades tradicionalmente masculinas sobre el poder y la autonomía sean menos atractivas y más difíciles de mantener. Además, la vejez genera más cuidados por parte de los hombres, lo que a su vez crea relaciones más estrechas con la familia (Cornwell, 2011). Más allá de esto, los hombres y las mujeres tienen diferentes experiencias a lo largo de la vida, lo que podría tener importantes implicaciones para las diferencias de sexo/género en el potencial de vinculación en la vida posterior. Finalmente, en relación al funcionamiento social, la Teoría de la selectividad socioemocional de Carstensen sostiene que las personas se orientan cada vez más a relaciones fuertes y emocionalmente gratificantes a medida que envejecen, lo que lleva a la pérdida de contactos más débiles

(especialmente no familiares). Esta mayor selectividad parece ser más pronunciada entre los hombres que entre las mujeres (Shaw et al., 2007). Estos hallazgos que la literatura ofrece, plantean preguntas importantes sobre las ventajas relacionales que las mujeres mayores tienen sobre los hombres mayores, incluida una mayor autonomía, y contradicen los estereotipos de que las mujeres tienen redes más cercanas y centradas en el parentesco que los hombres.

### 5.1.2. Soledad

Durante el envejecimiento es frecuente experimentar una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad. La soledad es un sentimiento desagradable relacionado con el aislamiento social. Cuando pensamos en la soledad, inmediatamente la asociamos con la falta de contacto humano pero lo cierto es que podemos sentirnos solos incluso estando rodeados de muchas personas. Esto se debe a que la soledad es un estado mental, al igual que la depresión, la ansiedad o el miedo (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2018; Donio-Bellegarde, 2017). La soledad puede ser definida de diversas formas, por ejemplo, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones (Rubio, 2007).

La soledad no siempre es un sentimiento negativo, por lo que podemos hablar de soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera hace referencia a la falta de compañía y no siempre implica vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, es decir, es el aislamiento social o vivir solo (*isolation*, en inglés) (Cornwell & Waite, 2009). La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas, depende pues de las expectativas y percepciones de la persona. Es un sentimiento doloroso y temido por un gran número de personas mayores, porque nunca es una situación buscada (*loneliness*, en inglés). No es lo mismo estar solo que sentirse solo (Rubio, 2004). Estar solo no es siempre un problema, todas las personas necesitan pasar cierto tiempo solas, lo que se aprovecha para conseguir ciertos objetivos. Tal y como argumentan Rubio, Pinel y Rubio (2009), a veces deseamos estar solos porque ciertas cosas no pueden hacerse si no es

así. Evidentemente, la soledad deseada y conseguida no constituye un problema para las personas, incluidas las personas mayores. Sentirse solo, en cambio, es algo más complejo y paradójico, ya que puede ocurrir incluso que lo experimentemos estando en compañía. En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran. La dimensión subjetiva es la que padecen las personas que se sienten solas, independiente de que vivan o no con otras personas, o estén insertas en un contexto social.

Para Weiss (1973), se pueden distinguir dos componentes de la soledad: la soledad emocional, relacionada con la ausencia de una relación íntima (pareja, mejor amigo) e indica una carencia de cercanía o intimidad con otro; y la soledad social, relacionada con la ausencia de una red social más amplia y atractiva (hermanos, primos, amigos y vecinos), es decir, un déficit en las relaciones sociales, en la red social y en el soporte social. Para dicho autor, la soledad emocional se caracteriza porque el individuo experimenta estados de ansiedad, inquietud y vacío provocados por la ausencia de figuras afectivas y sólo puede ser aliviada con el establecimiento de una relación de apego satisfactoria. La soledad social resulta de la carencia de un sentido de pertenencia a la comunidad debido a la falta de asociación a un grupo social cohesivo, supone aburrimiento y sentimiento de marginalidad y sólo puede ser remediada por el acceso a una red social satisfactoria. Como argumentan Rubio-Herrera (2007), Weiss (1973) subrayó que las personas tienen necesidades de bienestar que sólo pueden ser cubiertas por sus relaciones y que estas relaciones deben ser diferentes y variadas con el objeto de mantener al individuo sano. La soledad es una respuesta a la ausencia de un suministro social particular o de un conjunto de ellos, por lo que propuso que para remediar la soledad procedente del aislamiento emocional (soledad emocional), se ha de tener cubierto el suministro social del apego, mientras que para hacerlo con la soledad procedente del aislamiento social (soledad social), se ha de tener cubierta la integración social. Por otro lado, la soledad refleja una evaluación subjetiva de la satisfacción actual y de los niveles esperados con las relaciones que se mantienen.

De modo que la soledad es un constructo psicológico complejo que representa una vivencia que se caracteriza por la percepción y valoración que cada persona hace sobre su red social cuantitativa y cualitativamente y el apoyo real que ésta le ofrece. Esta percepción va acompañada de una emoción difusa y displacentera acompañado de un sentimiento de vacío y pérdida del sentido de la vida (López, del Río-Lozano, & Ruiz, 2014). En suma, siguiendo a

Perlman y Peplau (1981), es posible identificar tres características comunes a todas las definiciones de soledad: primero, la soledad es resultado de un establecimiento inadecuado de relaciones interpersonales; segundo, es experimentada de manera subjetiva, contrario al aislamiento social, en donde se evidencia un distanciamiento físico; en tercer lugar, la soledad conlleva una carga estresante y no placentera.

Es bien conocido que la edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad, pero la edad no es la causa de la soledad (Jylhä, 2004). En el metanálisis de Pinquart y Sörensen, (2001b), identificaron una asociación en forma de “U” entre la edad y la soledad, es decir, la distribución por edades de la soledad siguió una trayectoria no lineal, con niveles elevados de soledad entre los adultos jóvenes y entre los mayores de más edad (Golden, Conroy, & Lawlor, 2009; Luhmann & Hawkley, 2016; Richard et al., 2017). En el envejecimiento generalmente, hay un empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, lo que puede conducir a una mayor vulnerabilidad y desencadenar inestabilidad o sentimientos de indefensión, y es que la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud en el plano físico, psicológico y social. El aislamiento social es un reflejo objetivo y cuantificable del tamaño reducido de la red social y de la escasez de contacto social (Rodríguez, 2009). Constituye un problema particular a edades más avanzadas, cuando la disminución de los recursos económicos, el deterioro de la movilidad o la salud y la muerte de personas significativas conspiran para limitar los contactos sociales (Stephoe et al., 2013).

Para de Jong Gierveld y Havens (2004), la intensidad de la soledad, entendida como una evaluación subjetiva de la ausencia de relaciones o bien de la calidad inadecuada de las relaciones en comparación con las relaciones deseadas, depende en gran medida de los estándares sociales que prevalecen en relación a qué constituye una red óptima de relaciones, los cuales pueden diferir entre culturas y países. La soledad está significativamente influida por factores culturales que moldean la prevalencia, la intensidad y los determinantes de la soledad, tal vez la cultura incluso da forma a la misma naturaleza del fenómeno en sí mismo (Perlman & Peplau, 1981). En este sentido, la soledad no es universal sino que está ligada a la cultura.

De Jong Gierveld y Havens (2004) indican que los principales factores determinantes de la soledad en las edades avanzadas son el estado civil (estar viudo o divorciado, ya que aquellos que permanecen solos después de la muerte de su pareja o después del divorcio están en mayor riesgo de soledad porque un elemento importante de su red social falta como

persona de apego). Vivir solo también aumenta el riesgo de soledad y en particular las mujeres tienen mayor probabilidad de que se enfrenten a vivir solas dada su mayor esperanza de vida, aumentando así el riesgo de sentir soledad. En tercer lugar, mantener relaciones de contacto con familiares, y especialmente con los hijos, que sean de calidad y continuas en el tiempo alivia los sentimientos de soledad. También y en cuarto lugar, mantener relaciones con personas que no son parientes o familiares, ya sean, amistades, vecinos, conocidos o compañeros, así como la participación en asociaciones u organizaciones de voluntariado, posibilita el intercambio de intereses y puede proporcionar a las personas sentimientos de pertenencia aliviando la soledad. Cuanto mayor es la cantidad de relaciones y más heterogénea es la red (dado que la calidad y el contenido de los contactos es satisfactorio), es más probable que los deseos de la persona para el intercambio de emociones y el apoyo social se cumplan y que los sentimientos de integración sean satisfactorios, siendo menos probable que los adultos/as mayores experimentarán soledad. Finalmente y en quinto lugar, el deterioro de la salud, los problemas de salud que limitan la movilidad en particular, son factores de riesgo para experimentar la soledad.

Lejos de ser un fenómeno simple, la experiencia de la soledad es el resultado de una interacción compleja entre factores personales, sociales, de salud y culturales (Pinquart & Sörensen, 2001b). Por ejemplo, entre los factores personales que pueden determinar la percepción subjetiva de soledad encontramos ciertos estudios que evidencian que la variación en la soledad tiene un componente genético (Buz, Urchaga, & Polo, 2014). Por ejemplo, en este sentido hay un estudio longitudinal realizado por Boomsma, Cacioppo, Muthén, Asparouhov y Clark (2007) en gemelos holandeses, que determina valores de heredabilidad cercanos al 50% en personas mayores y estos autores consideran que la soledad es más un rasgo que un estado. Entre los determinantes sociales que influyen en una mayor soledad, se ha destacado, especialmente en la soledad emocional, la pérdida de miembros de la red social cercana (Dykstra & Fokkema, 2007), coincidiendo con lo señalado por de Jong Gierveld y Havens (2004). De nuevo, mencionar el metaanálisis de Pinquart y Sörensen (2001b) en donde se concluyó que la calidad de la red social correlaciona más fuertemente con la soledad, en comparación con la cantidad; que los contactos con amigos y vecinos muestran asociaciones más fuertes con la soledad, en comparación con los contactos con los miembros de la familia. También se ha asociado con la pérdida de roles (Prieto-Flores, Forjaz, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Pérez, & Martinez-Martin, 2011) e incluso se ha asociado con el

síndrome del “nido vacío” (Liu & Guo, 2007; Wu et al., 2010), ser mujer y tener menores ingresos económicos (Pinquart & Sörensen, 2001b).

Vivir solo durante la vejez se considera un estado indeseable y un posible riesgo para la salud. En España, según los últimos datos estadísticos, en los últimos años ha habido un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son más bajas que en otros países europeos, la proporción de mujeres mayores que vive en soledad es casi el doble con respecto a los hombres ((2017: 29.9% frente a 17.7%). Los hombres de más de 65 años suelen vivir más en pareja, sin hijos ni otros convivientes (Abellán et al., 2019, 2018; Abellán, Ayala, et al., 2017b). Durante el envejecimiento, ciertas condiciones pueden favorecer su fácil aparición, y sus consecuencias son más temidas e incluso más fuertes que en otras edades, un deterioro físico predispone a dichos sentimientos negativos asociados con la soledad, los cuales, a su vez, pueden conducir a hábitos poco sanos y a una visión más negativa del propio estado de salud. Autores como Buz et al. (2014) indican que en cuanto a la salud física, su relación con la soledad es bidireccional. Por un lado, los problemas de salud que limitan la movilidad son factores de riesgo para experimentar la soledad y por otro, la soledad tiene efectos negativos en los sistemas neuroendocrino, inmune y cardiovascular (Hawkley, Thisted, Masi, & Cacioppo, 2010; Momtaz et al., 2012). Entre los mecanismos a través de los cuales se relacionarían la soledad y la salud, algunas investigaciones han constatado la existencia de una relación entre la soledad, el cortisol y el estrés, pues hay estudios que describen la soledad como una experiencia psicológica con potenciales efectos adversos sobre los procesos de estrés que podrían afectar a la salud (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon, & Steptoe, 2012; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, & Brydon, 2004; Steptoe et al., 2013). Al mismo tiempo, los efectos de la soledad parecen acumularse con el tiempo para acelerar el envejecimiento fisiológico, es decir, la soledad trae consigo consecuencias negativas como el deterioro físico y funcional, que puede llevar posteriormente a deterioro cognitivo y a la aparición de problemas como la depresión, la ansiedad y trastornos del sueño, lo que entra en relación con el deterioro de la calidad de vida y con el aumento de la mortalidad que muchos autores han verificado a través de sus investigaciones (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; Hawkley & Cacioppo, 2010; Hawkley, Preacher, & Cacioppo, 2010).

Son numerosos los estudios publicados que relacionan la soledad con la mortalidad. Tanto el aislamiento social como la soledad parecen estar sensiblemente relacionadas con una

mayor mortalidad (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015; Luo, Hawkey, Waite, & Cacioppo, 2012; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010; Tilvis, Laitala, Routasalo, & Pitkälä, 2011). Aunque no está claro si sus efectos son independientes o si la soledad representa el camino emocional a través del cual el aislamiento social afecta la salud (Yanguas, Pinazo y Tarazona, 2018). En este sentido, Steptoe et al. (2013) hallaron que después de ajustar estadísticamente los factores demográficos y la salud inicial, el aislamiento social permaneció significativamente asociado con la mortalidad, pero la soledad no. El efecto de la soledad no era independiente de las características demográficas o los problemas de salud y no contribuía al riesgo asociado con el aislamiento social. Aunque ambos, tanto el aislamiento como la soledad, afectan a la calidad de vida y el bienestar.

La soledad también ha sido estudiada en relación con la sintomatología depresiva y la salud mental. Hay estudios que la han vinculado con trastornos de personalidad y psicosis, suicidio, deterioro cognitivo, aumento del riesgo de enfermedad de Alzheimer, disminución del control ejecutivo y aumento en los síntomas depresivos (Cacioppo, Hawkey, & Thisted, 2010; Cacioppo, Hughes, et al., 2006; Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2011; Gow, Pattie, Whiteman, Whalley, & Deary, 2007a; Hawkey & Cacioppo, 2010; Houtjes et al., 2014; Kharicha et al., 2007; Wilson et al., 2007; Zebhauser et al., 2014). Según han manifestado Cacioppo, Hughes, et al. (2006) la naturaleza causal de la asociación entre soledad y síntomas depresivos parece ser recíproca. Una investigación longitudinal con personas mayores realizada por Holwerda, Deeg, et al. (2016) ha demostrado que la soledad tiene un papel etiológico en el inicio de la depresión pero no al revés, es decir, la soledad no está asociada con una mayor recurrencia o cronicidad: predice aumentos en los síntomas depresivos, pero los síntomas depresivos no predicen aumentos de la soledad (Cacioppo et al., 2010), aunque con el tiempo, un aumento en la soledad se asocia con un aumento en los síntomas depresivos y viceversa. Quizás ambas se involucren en un ciclo de retroalimentación doble que se refuerza mutuamente. Porque la soledad no solo aumenta los síntomas depresivos sino que también aumenta el estrés percibido, el miedo a la evaluación negativa, la ansiedad y la ira, y disminuye el optimismo y la autoestima (Cacioppo, Hawkey, et al., 2006).

En general, las personas somos seres completamente sociales y de algún modo algo acerca de nuestro sentido de conexión con los demás penetra en nuestro organismo físico y puede comprometer la integridad de la salud física, mental o el bienestar. Percibimos aislamiento social cuando existen oportunidades y relaciones sociales pero carecemos de la

capacidad de aprovechar el poder de la conexión social en la vida cotidiana. Y cuando esto ocurre (el aislamiento percibido crónico y la soledad) puede afectar nuestra salud y por tanto tener deficiencias en la atención, cognición, afecto y comportamiento que influyen en una mayor morbilidad y mortalidad, a través de su impacto en los mecanismos genéticos, neuronales y hormonales (Hawkey & Cacioppo, 2010). Recientemente, una investigación longitudinal en personas de edad ha obtenido interesantes resultados en relación a la soledad y la depresión, y cómo afectan ambas a la mortalidad en función del sexo. Tanto la soledad como la depresión se asociaron con un exceso de mortalidad en hombres y mujeres mayores, pero en concreto la depresión severa se asoció con un exceso de mortalidad en los hombres que estaban solos pero no en las mujeres, lo que indica una combinación letal de ambas variables en este grupo (Holwerda, Van Tilburg, et al., 2016).

Adicionalmente, también se ha estudiado la soledad en el contexto del bienestar subjetivo y la calidad de vida. La soledad parece ser un correlato importante de la satisfacción con la vida tanto para hombres como para mujeres, y diversos estudios han encontrado una correlación negativa entre la soledad y la satisfacción con la vida, incluso cuando se ha tenido en cuenta el efecto de la edad (Demakakos, Nunn, & Nazroo, 2010; Tomstad, Dale, Sundsli, Sævareid, & Söderhamn, 2017; Zebhauser et al., 2014). Aunque si bien es cierto que las características de redes sociales y el apoyo social explica una mayor proporción de la varianza de la satisfacción con la vida, el nivel de soledad de un individuo generalmente surge como el mayor predictor de apoyo social (Gow et al., 2007a).

Las relaciones sociales se han descrito como un componente importante de la calidad de vida en la vejez. La soledad, entendida como un indicador de bienestar subjetivo, es la segunda preocupación de las personas mayores españolas después de la salud (Rodríguez, 2009). Expósito y Moya (1999) delimitaron el concepto de soledad en contraste con el del apoyo social y plantearon que la soledad, a pesar de estar relacionada con determinados aspectos del apoyo social, es un fenómeno cualitativamente diferente que hace referencia a aspecto más subjetivos, emocionales, profundos y globales, y que por tanto, tendrá efectos más devastadores sobre la vida de las personas que la falta de apoyo social.

En relación con este planteamiento, Dumitrache (2014) argumenta que aunque es posible que el bienestar o la felicidad determinen la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias y que proporcionen apoyo como han evidenciado varios estudios

(Cacioppo et al., 2008), también las relaciones sociales determinan la valoración que hacemos de nuestras vidas. Los seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con las personas que nos rodean y esta necesidad, denominada *necesidad de afiliación*, es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes que nos proponemos alcanzar. Para satisfacer esta necesidad nos involucramos en la actividad y en la interacción social (Ryan & Deci, 2001b). Al estar implicados en la interacción social nos sentimos valiosos, necesitados y percibimos que nuestras vidas tienen sentido y si además recibimos apoyo social a través de estas interacciones, nos sentimos queridos y cuidados, aspectos que nos protegen de las experiencias emocionales desagradables como son la depresión y la soledad. Ante las circunstancias adversas, las relaciones sociales actúan como amortiguadores (Chen & Feeley, 2014); dicho de otro modo, la soledad puede tener un papel mediador en la asociación entre apoyo social y depresión o trastornos mentales (Santini et al., 2016).

Son muchas las investigaciones que asocian una red social más baja con un riesgo tres veces mayor de sentirse solo tanto en hombres como en mujeres (Zebhauser et al., 2014) y que estar insatisfecho con la frecuencia de contactos sociales, ya sean con familiares o amigos es predictor significativo de sentimientos de soledad (Losada et al., 2012). De modo que el tipo y el tamaño de las redes sociales también tienen un papel en la relación que se establece entre soledad y depresión. El aumento de la interacción social puede ser más beneficioso que otras medidas para paliar la soledad y reducir la prevalencia de la depresión entre las personas mayores españolas (Domènech-Abella et al., 2017).

La soledad tiene un profundo impacto en la calidad de vida de las personas mayores y por extensión, en el envejecimiento activo, saludable y con éxito. Los hallazgos sobre las diferencias específicas de sexo en la experiencia de la soledad en mayores siguen siendo todavía escasos. La mayoría de estudios que se han realizado al respecto han demostrado consistentemente que las mujeres reportan sentirse más solas y esto es así también en nuestro contexto cultural (Domènech-Abella et al., 2017; Losada et al., 2012). Esta diferencia se ha atribuido en parte a la salud más pobre de las mujeres y también a una mayor probabilidad de discapacidad, además de la mayor posibilidad de enviudar según detallan los estudios epidemiológicos y con el subsiguiente impacto que supone atravesar el duelo para el bienestar emocional (Taube, Kristensson, Midlöv, Holst, & Jakobsson, 2013). En el estudio longitudinal de Brittain et al. (2017) sobre la soledad en personas mayores de 85 años, hallaron que al inicio del estudio, más de la mitad de los mayores (55%) informaron estar

siempre o a menudo solos, y el 41% reportaron estar más solos que hace diez años, aunque solo el 2% informaron sentirse solos en la actualidad. Las mujeres pasaban más tiempo solas que los hombres, e informaban más soledad tanto en la actualidad como en comparación con el pasado. Por otro lado, demostraron que la duración de la viudedad fue un factor o un predictor clave: los mayores que enviudaron recientemente tienen el doble de riesgo de sentirse solos y los que enviudaron hacía cinco o más años tenían un riesgo menor. En resumen, estos hallazgos muestran que la soledad es una experiencia minoritaria en los muy mayores pero que está fuertemente impulsada por la duración de la viudedad, lo que desafía la noción de que la soledad es una experiencia estática.

En cambio, otros estudios apenas detectan diferencias de sexo en la soledad, como el realizado en el Reino Unido por autores como Victor, Scambler, Marston, Bond y Bowling (2006), que estudiaron la prevalencia de los sentimientos de soledad en personas mayores, y cuyos resultados muestran poca o ninguna diferencia entre hombres y mujeres, desafiando el estereotipo de que la soledad es una experiencia mayoritariamente femenina. En esta línea, también Zebhauser et al. (2014) obtuvieron resultados similares. Estos autores descubrieron que el alcance de la soledad se distribuye equitativamente entre hombres y mujeres, aunque las mujeres estaban más desfavorecidas respecto a los factores de riesgo de soledad, pues están en desventaja con respecto a la forma de vivir ya que suelen vivir solas y con una peor salud física y mental. También observaron que la experiencia de soledad difiere entre sexos en el sentido de que el impacto de la soledad sobre la salud mental tendía a ser más fuerte en los hombres que en las mujeres. Entre los muy mayores o los mayores de 85 años, la soledad es más frecuente en las mujeres, posiblemente porque tienen mayor esperanza de vida bajo la condición de discapacidad y más posibilidades de vivir solas. En el mencionado estudio, se especuló sobre los motivos de estos resultados, y estos autores argumentaron que cabe la posibilidad de que las mujeres puedan tener más capacidades que los hombres para amortiguar la soledad y sus efectos perjudiciales. Quizás una red social más amplia es capaz de compensar la viudedad y el hecho de vivir solo, y esto es así tanto para hombres y mujeres, aunque ellas parecen estar en ventaja respecto a una mayor red social.

A similares conclusiones llegaron Spahni, Bennett y Perrig-Chiello, (2016) que examinaron el efecto del estado civil y el género en la adaptación psicológica al duelo y la viudedad. En concreto, pretendieron investigar el impacto de la viudedad en hombres y mujeres mayores, y por consiguiente, de la pérdida de una figura importante de apego de la

red social. Para ello, usaron varios indicadores tales como los síntomas depresivos, soledad y la satisfacción con la vida, encontrando que el sexo, sin embargo, sólo se asoció con soledad. Es decir, en comparación con las mujeres, los hombres parecen estar más afectados por la soledad después de la pérdida del cónyuge. Como posibles explicaciones de estos resultados puede ser el hecho de que el duelo es un acto más normativo en la transición biográfica para las mujeres, por eso experimentan menos soledad tras la viudedad, además generalmente tienen mejores redes sociales que los hombres, con lo cual les posibilita que se enfrenten de manera diferente.

Se ha especulado que la pérdida del cónyuge y vivir solo pueden ser la causa de la soledad emocional y que el aislamiento social puede ser una consecuencia de vivir solo. La soledad está asociada con una peor salud mental en los hombres, incluso se asocia con un mayor riesgo de desarrollar demencia en las personas mayores, riesgo que puede variar según sexo, en particular, los hombres que se sentían solos tenían más probabilidades de sufrir demencia que las mujeres (Zhou, Wang, & Fang, 2017) o que la soledad se asocia con mayor mortalidad y este efecto es ligeramente más fuerte en los hombres que en las mujeres (Rico-Uribe et al., 2016), y hay evidencias de que los sentimientos de soledad, más que los factores de aislamiento social, son un importante factor de riesgo para aumentar la mortalidad en los hombres mayores (Holwerda et al., 2012).

En conclusión, la viudedad está ampliamente considerada como un problema de mujeres. En todas las naciones desarrolladas y en casi todas las naciones en desarrollo, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sobrevivir a la muerte de su pareja, reflejo de las tasas de mortalidad más altas para los hombres y la tendencia de las mujeres a contraer matrimonio con hombres un poco mayores que ellas. A su vez, las mujeres también son más propensas que los hombres a permanecer solteras después de la muerte de su cónyuge, en cambio hay un mayor deseo de los hombres de volver a casarse después de perder un cónyuge (D. Carr & Bodnar-Deren, 2009). Vivir solo se asocia con mayor soledad tanto para los hombres como para las mujeres, en general, pero hay diferencias de sexo/género en cómo los hombres y mujeres experimentan la viudedad. La vivencia de la soledad debida a la viudedad, está moldeada por factores económicos, demográficos, el momento de muerte, el número y género de los hijos, así como también las formas de vida (vivir solo o acompañados), patrones de empleo, la salud física y funcional, el contexto cultural y los procesos de socialización de género que se producen durante toda la vida. Se puede hipotetizar que residir con un cónyuge

o pareja ayuda a crear un sentido estable de seguridad y pertenencia sin el cual una persona puede experimentar sentimientos de aislamiento y soledad, y esto es todavía más relevante para los hombres. Sin embargo, Greenfield y Russell (2011), hallaron que las mujeres solteras o viudas, que no tienen pareja y que viven con familiares o hijos adultos, son más susceptibles a la soledad que los hombres en condiciones de vida similares.

Por otra parte, otro grupo de estudios ha relacionado una mayor percepción emocional y subjetiva de soledad en las personas mayores en función del nivel económico. Por ejemplo, se ha observado que entre las personas mayores más pobres, las personas más mayores mostraron una menor probabilidad de soledad en comparación con aquellas cohortes más jóvenes mientras que entre los individuos más ricos no hubo diferencias significativas entre cohortes de edad (Domènech-Abella, Mundó, et al., 2017). Incluso se ha estudiado el impacto de las circunstancias o acontecimientos de la vida temprana y posterior (especialmente, el nivel socioeconómico) en la soledad entre las personas mayores. Hay evidencias de que estas circunstancias vitales vividas influyen en la percepción subjetiva de soledad en función del sexo (Drennan et al., 2008; Kamiya, Doyle, Henretta, & Timonen, 2014; Pinquart & Sörensen, 2001b). Los sentimientos de soledad pueden estar influidos por los acontecimientos y experiencias vividas durante la primera infancia o en la edad adulta, especialmente las carencias económicas, y que algunos eventos y experiencias influyen en la soledad de los hombres y mujeres de manera diferente (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Tiilikainen & Seppänen, 2017): en los hombres mayores la soledad estaba relacionada con haber sido intimidado y con los conflictos entre los padres. En cambio, en las mujeres mayores la soledad se relacionaba con los problemas económicos de la familia. En cuanto a la incidencia de la soledad entre los 40-59 años de edad, el divorcio es un predictor para que las mujeres se conviertan en solitarias, pero no así para los hombres. Por el contrario, entre los 60-80 años de edad, la muerte de la pareja era el predictor más fuerte de la incidencia de la soledad para los hombres que para las mujeres (Nicolaisen & Thorsen, 2014).

Ya hemos comentado que mientras que la soledad social se puede atribuir en gran medida a los déficits en la red de apoyo, la soledad emocional se asocia con la ausencia de un compañero. Generalmente, los divorciados que otorgan gran importancia a tener una pareja, y las personas cuyos matrimonios están en conflicto tienden a tener niveles más altos de soledad emocional. En relación a esto, Dykstra y Fokkema (2007), hallaron diferencias de sexo consistentes: los hombres, independientemente de su estado civil, tienden a otorgar más

importancia a tener pareja que las mujeres, y tienden también a tener redes de apoyo más pequeñas y niveles más altos de soledad social. Entre los divorciados mayores, los hombres son más propensos a sufrir de soledad emocional que las mujeres (Pinquart, 2003). El tener contacto con los hijos adultos, hermanos, amigos y vecinos mostraron una relación negativa más fuerte con la soledad en solteros que en los casados. Y en particular, los hombres solteros mostraron niveles más altos de soledad que las mujeres solteras, mientras que solo se encontraron pequeñas diferencias de sexo en la soledad en los encuestados casados mientras los viudos eran más solitarios que las viudas (Pinquart, 2003).

Tal y como hemos visto, las evidencias que la literatura aporta sobre este tema a lo largo de los últimos años destacan el papel relevante del estado civil en la percepción de soledad en las personas mayores y que además es un factor que afecta diferencialmente a hombres y mujeres. A su vez, se han llevado a cabo estudios que evalúan la soledad en relación con la percepción de la calidad matrimonial en personas mayores casadas. Muchos de ellos, relacionan los sentimientos de soledad con las percepciones de ambos cónyuges sobre la calidad marital, positiva o negativa, de modo que los informes de soledad de ambos cónyuges estaban significativamente relacionados entre sí, es decir, si el marido percibía una mala calidad en su relación matrimonial experimentaba más soledad y viceversa, lo mismo ocurría con las esposas, no hay diferencias en eso entre hombres y mujeres (Ayalon, Shiovitz-Ezra, & Palgi, 2013; Stokes, 2017). Por el contrario, otros sí que detectan diferencias de sexo (de Jong Gierveld, Broese Van Groenou, Hoogendoorn, & Smit, 2009; Dykstra & de Jong Gierveld, 2004). Ciertos autores han hallado que para los hombres el vínculo matrimonial parece no solo ser más importante para el bienestar emocional que para las mujeres, sino que también desempeña un papel fundamental en su relación con los demás (de Jong Gierveld et al., 2009). La historia marital ofrece la mejor explicación para las diferencias en la soledad emocional entre los hombres, pero las características de inserción social también explican las diferencias en la soledad emocional entre las mujeres. Aparentemente, mientras que los hombres son más propensos a encontrar un vínculo íntimo en el matrimonio, las mujeres también encuentran protección contra la soledad emocional en otros lazos cercanos. Las diferencias de historia marital en la soledad social están mediadas por las características de inserción social y es diferente para hombres y mujeres. Así, la participación en actividades fuera del hogar sirve como contexto para la sociabilidad de los hombres mientras que la paternidad juega un papel más importante en los compromisos sociales de las mujeres (de Jong Gierveld et al., 2009).

El matrimonio puede ser igualmente importante para el bienestar de hombres y mujeres mayores. En realidad, las personas mayores tienen un mayor sentido de bienestar si han permanecido casados con el mismo compañero a lo largo de los años (Carr, Freedman, Cornman, & Schwarz, 2014). El divorcio tiene un impacto duradero y negativo sobre el bienestar, que persiste en la vida adulta, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, los efectos negativos del divorcio en el bienestar se limitan esencialmente a los que no se vuelven a casar. En muchas ocasiones, un nuevo matrimonio mitiga muchos de los efectos negativos que supone el divorcio para el bienestar y para la conexión social y sin duda, es más positivo que para los que permanecen solos tras un divorcio (Brown & Wright, 2017). Una diferencia importante entre hombres y mujeres es que para las mujeres que se divorcian y mantienen solteras; los efectos negativos del divorcio afectan a su salud física y mental. Para los hombres mayores, no parece que existan efectos a largo plazo del divorcio en la salud física o mental (Gray, De Vaus, Qu, & Stanton, 2011). Las consecuencias del divorcio a más largo plazo parecen tener efectos más generalizados en el bienestar de las mujeres mayores que en el de los hombres. En este sentido, estos resultados cuestionan algunos puntos de vista sobre los beneficios del matrimonio para hombres y mujeres antes mencionados. Mientras que algunas personas argumentan que el matrimonio es bueno para los hombres y malo para las mujeres, el estudio presentado por Gray et al. (2011) plantea que a largo plazo las mujeres mayores que han terminado un matrimonio tienen un peor bienestar que las que han permanecido casadas.

En una interesante investigación longitudinal llevada a cabo por Dahlberg, Andersson, McKee y Lennartsson (2015) que analiza las experiencias de soledad en hombres y mujeres por separado (dadas las diferencias de género en las experiencias de vida), desafía la noción de que los sentimientos de soledad en la vejez son estables. Además identifica importantes diferencias de sexo en la prevalencia y en los factores predictivos de la soledad. En este estudio se desarrollaron tres modelos explicativos de la soledad. Por una parte, un modelo general de predictores de la soledad en las personas mayores, pero que puede decir muy poco sobre aquellos factores que influyen diferencialmente para las mujeres y los hombres respectivamente. Y por otra parte, elaboraron dos modelos de soledad, uno para mujeres y otro para hombres, pues según estos autores hay predictores que comparten ambos sexos, pero al mismo tiempo también hay predictores diferentes para las mujeres y los hombres. Hallaron que las personas mayores entraron y salieron de la soledad frecuentemente con el paso del

tiempo, aunque con la edad se produce un aumento general de la soledad. Al inicio, la soledad fue predicha por el incremento de la depresión y la viudedad reciente tanto para hombres como para mujeres. La viudedad, la depresión, los problemas de movilidad fueron las variables que predijeron la soledad de forma única en el modelo para mujeres; mientras que el bajo nivel de contactos sociales y la reducción del contacto social predijeron la soledad de manera única en el modelo para los hombres.

Otro punto a considerar en el estudio de la soledad es la distinción entre soledad emocional y soledad social. Dahlberg y McKee (2014), proporcionaron un mayor apoyo empírico para la separación conceptual de la soledad emocional y social. En su estudio, el sexo masculino, estar viuda/o, un peor bienestar, baja autoestima, bajos ingresos, poco contacto con la familia, poco contacto con amigos, poca actividad, baja percepción de integración comunitaria y recibir la atención de la comunidad fueron predictores significativos de la soledad social. Por el contrario, enviudar (reciente), bajo bienestar, baja autoestima, restricción de la actividad, bajos ingresos y no recibir ayuda o atención de los cuidados informales fueron predictores significativos de la soledad emocional. De modo que la soledad social está determinada por el género, la frecuencia de contacto familiar (semanal), el contacto con miembros no familiares (dos veces por semana), la actividad, la integración comunitaria y la recepción de atención por parte de la comunidad fueron significativos. La soledad emocional solo está determinada por el estado funcional y la recepción de cuidados informales. Estos autores, finalmente concluyen que en investigaciones anteriores muchos de los resultados han sido contradictorios, en especial, acerca de la relación entre el género y la soledad. Sin embargo, en este estudio, que analizó la soledad social y emocional por separado, encontró que los hombres tienden a ser más social y menos emocionalmente solitarios que las mujeres. Además, este estudio sugiere que la viudedad puede ser más relevante que el género como un factor explicativo para la soledad. Por ello, puede ser esclarecedor investigar las diferencias en la experiencia de la soledad y la situación o condiciones que conducen a la soledad entre las mujeres y hombres mayores más que señalar las diferencias en sus niveles informados (Golden et al., 2009).

En resumen, si bien prolongar la vida es de por sí un motivo de satisfacción, para muchas personas la idea de envejecer sigue siendo aterradora porque asocian la vejez con enfermedad, sufrimiento, soledad y tristeza. Por otro lado, son muchas las situaciones o cambios, como la jubilación, la viudedad o la salida de los hijos del hogar, los que pueden contribuir a que las

personas mayores se sientan solas. La muerte del marido o la esposa y de los amigos junto con la desconexión social después de la jubilación, son algunos de los eventos que cambian la vida y contribuyen a la soledad en las personas mayores. De estos tres factores, el que tiene un mayor peso en sentirse solo es la pérdida del cónyuge o pareja. Parece ser que tener pareja es el factor fundamental para no sentirse solo, independientemente de la edad.

Por otro lado, aunque los determinantes de la soledad pueden ser debidos a factores externos, como carecer de una red social, también puede deberse a factores internos, como la personalidad y los factores psicológicos. En el envejecimiento se producen cambios a diferentes niveles físicos (por desgaste celular), materiales (disminuye el poder adquisitivo), emocionales (por situación de dependencia o pérdida de seres queridos) y cognitivos (afecta la memoria de trabajo). También hay una pérdida de roles, y por lo tanto, los cambios van a tener que ver con la forma de envejecer de cada persona. Es decir, hay casos de personas mayores, donde si la salud acompaña, tienen una actitud positiva de búsqueda, amplían su red social, se apuntan a actividades, se interesan por el uso de las nuevas tecnologías, etc. Sin embargo, las personas que permanecen ancladas en actitudes negativas hacia el envejecimiento tienen más facilidad para el aislamiento social y, por tanto, más dificultades emocionales.

Como conclusión final de este apartado, resaltar que la soledad puede conducir a graves consecuencias relacionadas con la salud y es una de las principales causas que conducen a la depresión y también una causa importante de suicidio e intentos de suicidio. Se relaciona con un ajuste psicológico pobre e insatisfacción con las relaciones familiares y sociales. Como hemos planteado, a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de sufrir pérdidas relacionadas con la edad. Tales pérdidas pueden impedir el mantenimiento o la adquisición de las relaciones deseadas, lo que resulta en una mayor incidencia de soledad. Hay que mencionar además, que muchas personas experimentan la soledad como resultado de vivir solas, por la falta de lazos familiares cercanos y la reducción de las conexiones con la sociedad o bien por la incapacidad de participar activamente en las actividades de la comunidad. Cuando esto ocurre, sobre todo en combinación con la discapacidad física, la desmoralización y la depresión es un problema que a menudo acompaña a la soledad contribuyendo fuertemente sobre la mortalidad. Especialmente, en las personas muy mayores, la depresión se asocia a la mortalidad sólo cuando los sentimientos de soledad están presentes.

En muchos casos, los síntomas depresivos como la abstinencia, la ansiedad, la falta de motivación y la tristeza limitan y enmascaran los síntomas de la soledad.

Una vez que ocurre la soledad, ésta tiene serias consecuencias para la emoción, comportamiento, morbilidad y cognición. Los individuos solitarios también son menos capaces de optimizar estados emocionales positivos y autorregular su comportamiento. La soledad puede considerarse un marcador crucial de los déficits en las relaciones sociales y del apoyo social, pues se caracteriza por el sentimiento angustiante que acompaña la percepción de que las necesidades sociales de uno no se están cumpliendo por la cantidad o la calidad de las relaciones sociales. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado por la frecuencia objetiva de contactos puesto que algunas personas se sienten solitarias pero nunca aisladas a juzgar por la cantidad y la índole de contactos sociales sino por la satisfacción con dichas relaciones. Varios estudios de intervención han demostrado que amistades estimulantes y aumentar el apoyo de las redes sociales son medidas exitosas para reducir la soledad, de modo que el apoyo social emocional es un elemento protector (Ellwardt, Aartsen, Deeg, & Steverink, 2013).

El sentimiento de soledad, cuando llega a sufrirse, puede ser permanente o bien episódico teniendo una mayor incidencia el que se experimenta con carácter temporal u ocasional (episódico). Un 11% de las personas mayores dicen sentirse solas siempre. Las mujeres se encuentran más preocupadas por esta permanencia del sentimiento de soledad (13.4%) con casi cinco puntos de diferencia con respecto a los hombres, y también se sienten más solas que los hombres. Un 43.6% de los hombres mayores manifiestan no sentirse solos nunca, mientras las mujeres lo declaran en un 27.7% (IMSERSO, 2011). En España, el 22% de todos los mayores manifiestan vivir solos, lo que supone casi dos millones de personas, de los cuales dos terceras partes son mujeres. La realidad es que se puede estar solo, aislado y marginado y no existir soledad y viceversa. A veces la soledad es una elección, incluso enriquecedora, pero otras veces la soledad es un sentimiento muy doloroso para quien no lo desea, y este riesgo aumenta con la edad (Abellán, Ayala, et al., 2017b).

Habría que decir también que aunque la mayoría de los estudios muestran que las mujeres informan soledad en mayor grado que los hombres, sin embargo la prevalencia general de soledad severa muestra poca diferencia entre hombres y mujeres, desafiando el estereotipo de que la soledad es una experiencia específicamente femenina, pues se ha visto que cuando se

controla por el estado civil, la edad y la forma de vida o convivencia (vivir sólo), el sexo ya no se asocia de forma independiente con la soledad. La soledad pues, no tiene género. Los motivos por los cuales tanto hombres como mujeres se sienten solos son diferentes, así las mujeres tienen una mayor probabilidad de sentirse solas cuando carecen de interacciones emocionales cercanas a ellas, mientras que los hombres cuando se sienten privados de las interacciones de grupo. Algunas de las interpretaciones para las diferencias de sexo han sido relacionadas con los roles de género y las redes sociales, de acuerdo a la identidad de género, las mujeres estarían más dispuestas a admitir sus sentimientos de soledad que los hombres, los cuales tienden a no expresar públicamente sus propios sentimientos. Y en relación a las redes, la soledad en los hombres está fuertemente asociada con la calidad de la relación con su pareja y confidente; en cambio, en las mujeres la evaluación subjetiva de su red en general es la que se asocia con la soledad (de Jong Gierveld, 1998; de Jong Gierveld et al., 2009). El uso de los recursos para combatir el sentimiento de soledad también difiere según el género, tendiendo por tanto, los hombres a las actividades más relacionales fuera del ámbito doméstico, mientras las mujeres se refugian más en la búsqueda de la familia y la del interior del hogar. Y también hay pequeñas divergencias dependiendo del hábitat, si bien la preferencia en la elección de la actividad es común en todas las situaciones urbana o rural.

Una de las causas más importante desencadenantes de la soledad es la pérdida de relaciones de apego. La pérdida de la pareja, ya sea por viudedad o divorcio, deja a la persona sin apoyo vital, lo que afecta su motivo de vivir y genera en ellas una sensación de soledad emocional, especialmente en el periodo inmediato posterior a la ocurrencia, siendo ésta más difícil para los viudos que para las viudas, que generalmente tienen un grupo más amplio de personas con las quien relacionarse. Envejecen así en el hogar propio y seguramente de forma más activa que si estuvieran en casa de los hijos o en una vivienda colectiva, pero añoran la compañía y la protección conyugal que tuvieron en el pasado y cuyo regreso saben imposible. Y no es cuestión de que reciban mucho o poco apoyo familiar; pueden sentirse bastante arrojadas por los suyos y, aun así, sufrir dicho vacío y la consecuente soledad. Nos referimos a un problema que toca a las mujeres según las estadísticas, pero con tanta o más intensidad a los varones puesto que quizás exista una especial dificultad masculina a la hora de afrontar la viudedad.

En estos últimos años de vida es cuando se produce cada vez más el fenómeno de la soledad no deseada por parte de las personas mayores. Para hablar de la soledad en las

personas mayores, es necesario distinguir entre la decisión voluntaria de una persona de vivir sola o de realizar actividades solas, y el sentimiento negativo asociado a la falta de relaciones sociales y apoyo emocional. Envejecer con éxito, tener calidad de vida, o vivir una vejez positiva, también se debe de tener en cuenta en esta etapa de envejecimiento y si bien es verdad que hay mayores que desean vivir solos, lo cual puede ser un indicador de éxito, independencia y bienestar, muchos mayores manifiestan esta soledad con angustia.

Cuando la soledad no es deseada afecta a la salud y a la calidad de vida de las personas mayores, es un factor de riesgo, tal y como están demostrando diversos estudios científicos. A parte de los factores externos, como la viudedad o jubilación, en la aparición o prevención de la soledad influye también la personalidad, la actitud, así como las experiencias vividas. Por ejemplo, en cuanto a la personalidad, la apertura a la experiencia jugaría un importante papel en su prevención pues promueve la participación de las personas mayores en actividades, disminuyendo el sentimiento de soledad. En este sentido, se ha observado que la participación social disminuye los niveles de soledad en las personas mayores. También es relevante la resiliencia: la gente que es capaz de afrontar de mejor manera las adversidades tiene un mejor envejecimiento. Llevar una vida activa donde se estimule constantemente tanto el cuerpo como la mente es esencial para sentirse bien con uno mismo y con los demás, además de ayudarnos a establecer una red social que nos sirva de apoyo en el día a día y puede prevenir las consecuencias negativas de experimentar soledad.

## **5.2. Satisfacción con la vida y Bienestar psicológico**

La posibilidad de vivir una buena vida, con sentido y autorrealización personal, es tan importante para el ser humano que la Asamblea General de la ONU decretó el 20 de marzo Día Internacional de la Felicidad, en su resolución de 12 de julio de 2012 (Naciones Unidas, 2012), para reconocer la relevancia de la felicidad y el bienestar como aspiraciones universales de los seres humanos. Aunque todos conocemos el concepto de felicidad, cuando se intenta definir no es fácil establecer su contenido esencial. Esta dificultad ha conducido a que en la literatura psicológica actual, se utilicen como sinónimos de felicidad: bienestar psicológico, bienestar subjetivo, calidad de vida, satisfacción, entre otros muchos. No obstante, en los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar que han ampliado considerablemente el mapa conceptual sobre este constructo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Pethel & Chen, 2010).

En general, la mayoría de autores coincide en la existencia de dos grandes tradiciones en el estudio del bienestar: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Incluso algunos autores como Keyes, Shmotkin y Ryff (2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (*Subjective Well-being*) como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico (*Psychological Well-being*) como representante de la tradición eudaimónica.

La tradición hedónica concibió originalmente el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas. Varios autores pasaron posteriormente a definirlo en términos de satisfacción con la vida, entendida como el juicio global que las personas hacen de su vida (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000; Diener, 1994b) o en términos de felicidad, es decir, balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida. Estas dos concepciones se corresponden con diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo: la satisfacción es un juicio, una medida a largo plazo de la vida de una persona, mientras que la felicidad es un balance de los afectos positivos y negativos que provoca una experiencia inmediata (Díaz et al., 2006). Esta estructura del bienestar compuesta por tres factores (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo) ha sido repetidamente confirmada a lo largo de numerosos estudios (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Mientras la tradición del bienestar subjetivo ha mostrado especial interés en el estudio de los afectos y la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006).

Tal y como resume Díaz et al. (2006), fue Carol Ryff (1989a,1989b) quien sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones y que son relevantes para el estudio de la edad adulta y el envejecimiento: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Para esta autora, el bienestar psicológico es un constructo multifactorial, y así lo mide con escalas que intentan operacionalizar seis dimensiones correlacionadas del bienestar. Por un lado, la *autoaceptación*, que es uno de los criterios centrales del bienestar, según el cual las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno

mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002). La capacidad de tener *relaciones positivas con los demás* también es un indicador de un funcionamiento psicológico positivo y de una buena salud mental, ya que las personas necesitan tener relaciones sociales estables y tener amistades en las que poder confiar, pues la capacidad de amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996). Otra dimensión esencial es la *autonomía*: las personas para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff & Keyes, 1995b). De modo que las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y son capaces de autorregular mejor su comportamiento. Otra dimensión relevante es el *dominio del entorno*, que es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, siendo otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. Las personas necesitan tener un *propósito en la vida*, es decir, marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Finalmente, el funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere de las características anteriormente señaladas; también necesita la motivación por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Es la dimensión denominada *crecimiento personal* (Keyes et al., 2002).

Desde la perspectiva hedónica sobre el bienestar se asume que a través de la maximización de experiencias placenteras y la minimización del sufrimiento, se pueden lograr los más altos niveles de bienestar y satisfacción. Estos componentes están relacionados ya que aquella persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Las personas con un mayor bienestar subjetivo hacen una valoración más positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que las “infelices” evalúan la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales. En este enfoque se pueden identificar aspectos cognitivos y afectivos del bienestar. En concreto, como ya se ha comentado, el aspecto afectivo del bienestar hedónico consiste en estados de ánimo y emociones, tanto positivas como negativas y en numerosas ocasiones se mide con medidas de salud mental. Por lo tanto, no es sorprendente que los síntomas depresivos a veces se utilicen como una medida del afecto negativo (Vanhoutte & Nazroo, 2014).

En relación con el envejecimiento, los aspectos afectivos del bienestar se han estudiado bastante intensamente. Con respecto a las diferencias en los niveles medios de afecto en las personas mayores, se ha establecido que el afecto negativo disminuye a lo largo de la vida, aunque la tasa de disminución es más lenta y puede revertirse en la vejez, mientras que los resultados de afecto positivo no son tan claros (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; Kunzmann, Little, & Smith, 2000). La revisión sistemática realizada por Pinquart (2001), mostró que en las personas mayores hay una mayor disminución de afectos positivos y mayores aumentos de afectos negativos a medida que se avanza en la edad y llegó a la conclusión de que este declive de los afectos positivos y el aumento del afecto negativo que se produce sobretodo en los individuos más mayores, es más acusado cuando interacciona ante situaciones económicas adversas, lo que hace que la optimización y equilibrio en el bienestar subjetivo sea cada vez más difícil en estas condiciones particulares. Kunzmann (2008) sugiere que la evidencia actual respecto a este tema, proporciona una explicación de la estabilidad diferencial del afecto positivo versus negativo en la vejez: el afecto positivo puede disminuir porque requiere competencias objetivas (Kunzmann et al., 2000), que parecen disminuir en la vejez y se relaciona más con el estado de salud que con la edad, mientras que el afecto negativo permanece estable porque está asociado con las autoevaluaciones, que parecen cambiar menos con la edad.

Por otra parte, el componente cognitivo del bienestar hedónico, a menudo denominado satisfacción con la vida, es un proceso crítico en el que los individuos evalúan la calidad de sus vidas en función de su propio conjunto de criterios (Pavot & Diener, 1993). La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionar porque ambos elementos se hallan influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en las que se desarrolla su vida. Sin embargo, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan al evaluar cómo les ha ido en el transcurso de la vida -lo que representa un resumen o valoración global de ella como un todo-, el componente afectivo obedece más a las reacciones puntuales a eventos concretos que suceden en el curso de la vida del sujeto. La satisfacción con la vida entonces, al ser el resultado de un juicio cognitivo, resulta un constructo más estable a lo largo del tiempo (Zubieta, Muratori, & Fernandez, 2012). Por lo tanto, incluso si la satisfacción con la vida y los componentes afectivos están relacionados, también se ha encontrado que son elementos separados del bienestar subjetivo (Lucas et al., 1996).

Diener (1994a, 1994b) describe tres características del bienestar subjetivo: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, puesto que incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos. Más tarde, se propusieron diferentes concepciones del bienestar psicológico: el bienestar como satisfacción con la vida, como la valoración del individuo de su propia vida de forma positiva; el bienestar como preponderancia de los sentimientos positivos sobre los negativos; y la perspectiva filosófico-religiosa que ve la felicidad como una virtud o gracia (Diener & Diener, 2009).

Por otro lado, aunque en ocasiones se ha hablado de estas dos concepciones del bienestar (bienestar subjetivo y bienestar psicológico) como si estuvieran en conflicto o contrapuestas, existe abundante evidencia de las estrechas relaciones que guardan entre sí. Ryff & Keyes (1995) por ejemplo, informaron de asociaciones fuertes entre sus seis dimensiones y la satisfacción vital, y especialmente con autoaceptación y dominio del ambiente. Keyes et al. (2002) también encontraron fuertes asociaciones entre estas seis dimensiones y la satisfacción vital. Ya en contexto español, autores como Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005) y Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) encontraron lo propio.

La satisfacción con la vida es una parte fundamental del bienestar de las personas mayores ya que siempre se ha reconocido como marcador de un envejecimiento óptimo (Havighurst, 1961), además de estar considerado como un indicador libre de sesgo de género (Cheng, 2014). La satisfacción con la vida se presenta pues, como un posible indicador o resultado de la adaptación psicológica y el envejecimiento con éxito (Baltes & Baltes, 1990; Gow et al., 2007b; Gutiérrez et al., 2014; Rowe & Kahn, 1997). Como previamente se explicado, hay varios conceptos teóricos que se han asociado con la satisfacción con la vida, como el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la felicidad. El bienestar subjetivo incluye los estados de ánimo, las emociones y las evaluaciones cognitivas de la satisfacción con la vida de las personas (Diener et al., 1999). En este sentido, la satisfacción con la vida puede verse como un subtema del bienestar subjetivo y la calidad de vida (Berglund, Hasson, Wilhelmson, Dunér, & Dahlin-Ivanoff, 2016). También, la satisfacción con la vida, como un todo, se ha equiparado con la felicidad como ya dijimos previamente (Fugl-Meyer, Bränholm, & Fugl-Meyer, 1991).

A continuación, presentamos brevemente los hallazgos más relevantes respecto a la investigación que relaciona la edad, el envejecimiento, la satisfacción con la vida y el

bienestar. Preguntas como ¿por qué algunas personas se sienten más satisfechas con sus vidas que otras? y ¿cuáles serían los factores relacionados con el bienestar psicológico y la satisfacción? Estas preguntas han orientado o servido de guía de los estudios actuales sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico (Escarbajal-Frutos, Izquierdo-Rus, & López-Martínez, 2014).

En realidad, los estudios que abordan la relación entre la satisfacción con la vida y la edad han dado resultados ambiguos. Por una parte, Diener et al. (1999) informaron que la satisfacción con la vida es estable a lo largo de la vida, mientras que otros indicaron de una correlación positiva entre la edad y la satisfacción con la vida (Prenda & Lachman, 2001). Por el contrario, otros investigadores han encontrado disminuciones en los niveles de satisfacción con la edad avanzada (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009; Mroczek & Spiro, 2005). Pero, ¿cuál es la asociación entre bienestar y edad? La mejor información disponible es la obtenida a partir de encuestas internacionales a gran escala. Un ambicioso estudio internacional relativamente reciente, examinó las evaluaciones sobre la vida (“felicidad” ampliamente definida y vinculada con satisfacción con la vida) en varias encuestas transversales europeas, americanas, asiáticas y latinoamericanas, durante varios períodos de tiempo. Los hallazgos del mencionado estudio muestran que la edad y la satisfacción con la vida o bienestar tiene una forma de “U” a lo largo del ciclo vital, con el punto más bajo en la mediana edad y el mayor bienestar en los adultos más jóvenes y en las personas más mayores (Blanchflower & Oswald, 2008). Es decir, en este estudio se evidenció que la felicidad de un individuo típico alcanza su mínimo (en ambos lados del Atlántico y para hombres y mujeres) en la mediana edad, con algunas excepciones aparentes, particularmente en países en desarrollo y concluyen que en la mayoría de las sociedades estudiadas, el bienestar de los adultos/as tiende a ser alto en la edad adulta y la vejez y más bajo alrededor de los 40 años. Aunque ciertos autores como Glenn (2009) han criticado dicho estudio y sostienen que la apariencia de esta curva de bienestar en forma de “U” es el resultado del uso de variables de control inapropiadas y cuestionables. La variable de control más claramente inapropiada es el estado civil, pues la mayoría de los investigadores que han estudiado la relación entre estar casado y ser feliz creen que la felicidad afecta el estado civil (las personas más felices tienen más probabilidades de casarse y permanecer casadas y viceversa) y además, esta relación entre la edad y el bienestar, cabe la posibilidad de que sea lineal, dado que se produce una mejoría en la salud mental que comienza ya en la edad adulta

joven en lugar de una curva en forma de “U” informada en algunos estudios previos (Thomas et al., 2016).

A pesar de que frecuentemente la evaluación de la satisfacción con la vida en forma de “U” a menudo se considera como un hallazgo estándar, un estudio longitudinal de Gran Bretaña, Alemania y Australia no encuentran esa forma una vez que se incorporan los efectos fijos individuales, en concreto detectaron diferencias notables en el patrón de bienestar con respecto a la edad, entre la evaluación de la vida y las emociones negativas. En esta investigación, la evaluación de la vida siguió el patrón “U” con un punto más bajo a mediados de los 50 años; sin embargo, las situaciones de mucho estrés o de mucha ira disminuyeron a lo largo de la vida, más rápidamente después de los 50 años. Los niveles de preocupación se mantuvieron elevados hasta los 50 años y posteriormente disminuyó, mientras que las emociones positivas fueron similares (López-Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013; Steptoe, Deaton, & Stone, 2015; Stone, Schwartz, Broderick, & Deaton, 2010).

Tal y como sugieren Steptoe et al. (2015), estos resultados guardan relación con la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen et al., 2003), que postula que a medida que las personas envejecen acumulan sabiduría emocional que los lleva a la selección de eventos, amistades y experiencias más satisfactorios emocionalmente. Por lo tanto, a pesar de factores como la muerte de seres queridos, la pérdida de estatus asociada con la jubilación, el deterioro de la salud y la reducción de los ingresos, aunque quizás también reduzcan las necesidades materiales, las personas mayores mantienen e incluso aumentan el bienestar centrándose en un conjunto social más limitado de contactos y experiencias. Aunque los hallazgos apoyan esta noción, es notable que la teoría solo predice mayor bienestar en las edades más avanzadas, pero no predice el patrón de la satisfacción con la vida en forma de “U” o incluso el patrón plano y luego decreciente que se da para el estrés. Sin embargo, ofrece una explicación de cómo, a pesar de la disminución de la salud y la disminución de los ingresos con la edad, el bienestar psicológico puede mejorar.

En resumen, estos hallazgos sugieren que las hombres y mujeres de mayor edad, aunque menos sanas y menos productivas en general, pueden estar más satisfechas con sus vidas y experimentar menos estrés, preocupación e ira que las personas de mediana edad. Sin embargo, también se ha demostrado que estos patrones de bienestar psicológico no son universales en todas las poblaciones (Steptoe et al., 2015): en concreto se ha observado que el patrón de satisfacción con la vida en forma de “U”, es más evidente en los países

desarrollados, especialmente de habla inglesa. No ser feliz, lo cual es poco común en los países anglosajones, es bastante común en los países en desarrollo, particularmente entre las personas mayores, donde casi el 70 por ciento de los mayores de 65 años no experimentaron la felicidad y la preocupación aumenta con la edad en estos países, al contrario que en los países anglosajones.

Como se ha comentado, parece ser que hay evidencias de que la satisfacción con la vida puede estar influenciada por las condiciones socioeconómicas de las personas y particularmente esto es así para las personas mayores (Diener et al., 1999; Pinquart & Sorensen, 2000). Tal y como se demuestra en el estudio de Berg et al. (2009), la satisfacción con la situación financiera de cada uno se asociaba con una mayor satisfacción vital entre las mujeres y hombres mayores (sobre todo en las de mayor edad:  $\geq 80$ ). En la misma línea, en el estudio de Berglund et al. (2016), también se demostró que la situación financiera tuvo el mayor impacto en los niveles de satisfacción con la vida, lo que pone de manifiesto la importancia que los problemas estructurales y las desigualdades sociales tienen en los niveles de satisfacción. A su vez, también se han encontrado pequeñas correlaciones entre la satisfacción con la vida y el nivel de educación, pero parece que la situación financiera es más indicativa de satisfacción con la vida que el nivel educativo de la persona (Diener et al., 1999).

De manera análoga, la salud autopercebida también se ha relacionado con la satisfacción con la vida, siendo ésta un predictor más fuerte que las medidas objetivas de salud (Berg, Hassing, McClearn, & Johansson, 2006; Berglund et al., 2016; Borg, Hallberg, & Blomqvist, 2006; Hillerås, Jorm, Herlitz, & Winblad, 2001). No obstante, los vínculos entre la satisfacción con la vida y la salud percibida a lo largo del tiempo no son concluyentes (Mroczek & Spiro, 2005), pues por ejemplo, autores como Berg et al. (2009), informaron de la existencia de una relación débil entre las medidas de salud y la satisfacción con la vida entre las personas muy mayores (es decir, entre las y los mayores de 80 años). Pero básicamente, los resultados obtenidos en investigaciones longitudinales en personas mayores han mostrado que la salud percibida es un predictor más potente de bienestar que las medidas más objetivas como ya se ha comentado (Kunzmann et al., 2000; Ng et al., 2017). Particularmente, aspectos como la independencia en las actividades de la vida diaria junto con el desempeño funcional han demostrado ser de especial importancia para los mayores de 85 años en su satisfacción con la vida (Berglund et al., 2016; Hillerås et al., 2001). Si nos

atenemos al estilo de vida, la actividad física es probablemente el vínculo más importante entre el bienestar y la salud (Windle, Hughes, Linck, Russell, & Woods, 2010). La actividad física regular a edades más avanzadas se recomienda para el mantenimiento de la salud cardiovascular, la fuerza muscular y la flexibilidad, el metabolismo de la glucosa y el peso corporal saludable, y también se correlaciona constantemente con el bienestar (Steptoe et al., 2015; Steptoe, Demakakos, De Oliveira, & Wardle, 2012; Steptoe, O'Donnell, Badrick, Kumari, & Marmot, 2008). Adicionalmente, ciertos estudios epidemiológicos prospectivos sugieren que las evaluaciones positivas de la vida y los estados hedónicos como la felicidad, predicen una menor mortalidad y una menor morbilidad futura (Chida & Steptoe, 2008). Cabe pues la posibilidad de que el bienestar psicológico positivo sea un factor de protección para la salud en las personas mayores (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005).

Contrariamente, el sentirse preocupado y los síntomas depresivos se han asociado con niveles más bajos de satisfacción con la vida en la vejez, pero a pesar de que los síntomas depresivos parecen estar relacionados con la satisfacción de la vida, el patrón de estas asociaciones y la dirección de estas relaciones a lo largo del ciclo vital es aún incierto (Berg et al., 2006; Demura & Sato, 2003).

Por otro lado, la calidad percibida de la red social y el número de contactos sociales se han identificado como los marcadores significativos que más fuertemente están asociados con la satisfacción con la vida, pero generalmente son las medidas cualitativas de las redes sociales las que se consideran más importantes (Berg et al., 2006; Pinqart & Sorensen, 2000). Es decir, tal y como plantea la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992; Carstensen et al., 2003), con el aumento de la edad, y por tanto la mayor conciencia de un futuro limitado, se intensifica la preferencia emocional hacia los contactos sociales que resultan más gratificantes y satisfactorios. En un estudio sobre personas mayores realizado por Okabayashi et al. (2004), se constató una relación positiva entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. Pero, en este caso, el efecto del apoyo social dependía del estado civil de los participantes. Gow et al. (2007a) también estudiaron la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en una muestra de personas mayores. En su estudio, la red y el apoyo social representaron el 23% de la varianza de la satisfacción. Por lo tanto, estos resultados que la literatura científica ofrece, sugieren que el compromiso activo con otros beneficia a la satisfacción con la vida de mujeres y hombres mayores, y están en línea con las expectativas del logro de un envejecimiento con éxito (Gutiérrez et al., 2014).

Por otro lado, la generatividad, también relacionada parcialmente con la dimensión de productividad, aparece como un potencial predictor de la satisfacción con la vida en personas mayores, si bien ha sido menos estudiada. Por ejemplo, algunos autores como Efklides, Kalaitzidou, & Chankin (2003), en población mayor griega, encontraron que tener una buena adaptación a la vejez y tener actitudes generativas hacia los propios hijos e hijas adultos, resultaba particularmente importante para la satisfacción con la vida y la salud percibida. También, en esa misma línea se encuentra una investigación realizada por McAdams, de St. Aubin y Logan (1993), al examinar las características de la generatividad en una muestra de personas mayores de Illinois, mostró una correlación positiva y de elevado tamaño entre generatividad y satisfacción con la vida. O el estudio de Thiele y Whelan (2008) sobre el cuidado de los nietos y nietas por parte de los abuelos, donde encontraron que el aumento de los niveles de generatividad predijo también una mayor satisfacción vital. Otro ejemplo podría ser un estudio más reciente y realizado en nuestro contexto cultural, en el cual se resaltó la importancia que la generatividad tiene en la vejez y la distinción entre interés y acción generativa, ya que sus beneficios podrían ser muy diferentes: mientras el interés generativo se relacionó con la satisfacción con la vida, los comportamientos generativos no lo hicieron (Villar, et al., 2013).

Así mismo, la personalidad y las aspiraciones personales en la vida influyen en la satisfacción con la vida. En este sentido, Berg et al. (2006) indican que los rasgos de personalidad (extraversión-introversión) y neuroticismo (neuroticismo-emocionalmente estable) se han relacionado fuertemente con la satisfacción con la vida en la vejez en diversas investigaciones. En concreto, aquellos que son más extrovertidos muestran niveles más altos de satisfacción vital (el rasgo de extraversión refleja el grado en que una persona es sociable y extrovertido), mientras aquellos que tienen niveles más altos en neuroticismo (que refleja el grado de ansiedad) han demostrado niveles más bajos de satisfacción con la vida (Berg, Hassing, Thorvaldsson, & Johansson, 2011; Hillerås et al., 2001). El locus de control es otro factor asociado con satisfacción con la vida en el envejecimiento (Landau & Litwin, 2001), aunque no ha sido investigado longitudinalmente como un posible predictor de la satisfacción con la vida (Berg et al., 2006). Sin embargo, se ha hallado que un mayor sentido de control (control interno) se asocia con un mayor bienestar mental (Wolinsky, Wyrwich, Babu, Kroenke, & Tierney, 2003).

Por otra parte, un constructo vinculado con la satisfacción con la vida y fuertemente relacionado con ella es la calidad de vida, incluso en numerosos estudios la satisfacción con la vida se considera uno de los más importantes indicadores de una buena calidad de vida. La satisfacción personal está relacionada con la valoración individual de la calidad de vida, regida por apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas. Recientemente, Conde-Sala, Portellano-Ortiz, Calvó-Perxas y Garre-Olmo (2017) analizan los factores clínicos y sociodemográficos que influyen en la percepción de calidad de vida utilizando datos de una muestra comunitaria de 33.241 personas mayores de 65 años examinando, además, cuál es su relación con modelos de bienestar social en Europa. En dicho estudio, se halló que una mayor satisfacción en la vida, menor depresión, tener ingresos económicos suficientes, una mejor salud subjetiva, realizar actividad física, ausencia de deterioro funcional, ser más joven en edad y la participación en actividades diversas, son factores que se asocian con una mejor calidad de vida en todos los países. Una mayor educación solo se asoció con una mayor calidad de vida en los países de Europa del Este y del Mediterráneo, y solo en este último fue el cuidado de los nietos también relacionado con una mejor calidad de vida.

Pero, cambiando de tema: ¿cuál es el papel del sexo/género en estos diferentes aspectos del bienestar en el envejecimiento? El sexo/género parece tener una influencia limitada en la satisfacción con la vida. Cuando se han observado diferencias, las mujeres generalmente reportan una mayor satisfacción con la vida. Sin embargo, las diferencias de sexo/género parecen estar influenciadas por otras variables, como la edad (Diener et al., 1999). Por ejemplo, en el metanálisis de Pinquart y Sörensen (2001a) se revisaron alrededor de 300 estudios empíricos sobre las diferencias de género en la satisfacción con la vida, la felicidad, la autoestima, la soledad, la salud subjetiva y la edad subjetiva al final de la edad adulta. Los autores llegaron a las siguientes conclusiones: en primer lugar, que las mujeres mayores informaron un bienestar subjetivo significativamente más bajo y un autoconcepto menos positivo que los hombres en todas las medidas, aunque el género representó menos del 1% de la varianza en el bienestar y el autoconcepto. En segundo lugar, encontraron que las diferencias de sexo en el bienestar subjetivo eran más pequeñas en los grupos más jóvenes que en los más viejos. En tercer y último lugar, hallaron que cuando se controlaron los efectos de variables como el estado civil (en concreto la viudedad), la salud, el nivel socioeconómico y el efecto de cohorte, las diferencias de sexo disminuyeron o desaparecieron.

En esta línea, y siguiendo con la investigación realizada por Berg et al. (2006), tampoco se hallaron diferencias entre sexos en la satisfacción con la vida. Sin embargo, hubo diferentes patrones de variables asociadas con la satisfacción con la vida en hombres y mujeres. Por una parte, la salud percibida y los síntomas depresivos se relacionaron con la satisfacción con la vida en las mujeres, mientras que el estado civil y en particular la viudedad, se asociaron significativamente con una menor satisfacción con la vida entre los hombres. Así, son varias las investigaciones que han mostrado que las personas casadas, o las personas que viven con una pareja, son más felices que las personas que viven solas, especialmente esto es así para los hombres mayores (Berg et al., 2009; Oshio, 2012).

En resumen, tal y como señala Gutiérrez et al. (2014), la asociación entre la satisfacción con la vida y sus predictores es compleja y difiere sustancialmente entre hombres y mujeres, especialmente en el caso de países que se caracterizan por una sociedad asimétrica donde tradicionalmente se separan los roles en función del género. Debido a que las mujeres tienden a vivir más tiempo y tienden a tener parejas mayores, las mujeres tienen que arreglárselas solas durante más tiempo que los hombres y las desigualdades estructurales, y en concreto, las diferencias socioeconómicas entre los sexos que se acumulan a lo largo de la vida y, como tales, se espera que sea bastante grande e influyente en esta última etapa vital. De hecho, las desigualdades en el estado civil, el estado socioeconómico y la salud han demostrado ser las principales causas de las desigualdades de sexo/género en la vejez (Pinquart & Sorensen, 2000). Al mismo tiempo las evidencias sugieren que las fuentes de bienestar subjetivo difieren para los hombres y mujeres mayores: el nivel socioeconómico es un determinante más importante del bienestar en los hombres que en las mujeres, en cambio para las mujeres su bienestar subjetivo se asocia más con la red social (Della Giusta, Jewell, & Kambhampati, 2011; Meggiolaro & Ongaro, 2015).

En relación con las diferencias de sexo en el interés generativo y su influencia en el bienestar, éste se mantiene relativamente estable con la edad, aunque los comportamientos generativos sí parecen ser menos frecuentes en las personas de mayor edad. Tanto los intereses como los comportamientos generativos en la vejez tienen relación con el bienestar y es considerado un gran predictor de la satisfacción con la vida. Según Della Giusta et al. (2011) no hay diferencias en interés generativo ni en comportamiento generativo entre hombres y mujeres mayores. Aunque es su estudio, el cuidado de niños/as y el cuidado de personas dependientes afecta negativamente la satisfacción con la vida de las mujeres, pero es

estadísticamente insignificante para los hombres. Algunas de estas diferencias podrían explicarse por el hecho que las mujeres y los hombres asignan pesos diferentes a dimensiones relacionadas con la satisfacción con la vida. Quizás son las personas que ya tienen mayor bienestar las que tienen más interés generativo y las que a su vez se implican más frecuentemente en comportamientos generativos.

Es tal la complejidad entre las asociaciones entre la satisfacción con la vida y las diferencias de sexo en la población mayor que, por ejemplo, un estudio más reciente llevado a cabo por Vanhoutte y Nazroo (2014) examinaron las relaciones con la edad y el sexo de las distintas dimensiones del bienestar (hedónico o subjetivo, afectivo y satisfacción con la vida y eudaimónico o psicológico). Dichos autores a través de su estudio, ilustraron dos hechos sociales básicos que merecen mayor investigación: que el bienestar disminuye en la cuarta edad en comparación con la tercera edad, es decir, en los muy mayores, y que las mujeres tienden a tener un bienestar significativamente menor que los hombres. Si bien las diferencias son relativamente pequeñas en lo que respecta al bienestar eudaimónico (psicológico), son significativamente más grandes en lo que respecta al bienestar afectivo y cognitivo (satisfacción con la vida).

Por lo que se refiere al bienestar psicológico, seguidamente se expondrán brevemente algunas de las investigaciones más destacadas en lo que respecta al enfoque eudaimónico, que en parte, se aleja del concepto de una buena vida y a que no se trata solo de placer y felicidad sino que implica el desarrollo de uno mismo, ser autónomo y darse cuenta del potencial de cada uno. Por lo que respecta al sexo y su relación con las dimensiones del bienestar psicológico, la literatura revisada muestra resultados contradictorios: por una parte incluso las revisiones metaanalíticas señalan una ligera tendencia de los hombres a tener niveles más altos de bienestar (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999). Por el contrario, otros trabajos señalan que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de crecimiento personal y relaciones positivas con otros (Ryff & Keyes, 1995b; Ryff, Keyes, & Hughes, 2003; Steca, Ryff, D'Alessandro, & Delle Fratte, 2002). Podemos decir pues, que cuando se trata de un funcionamiento positivo, expresado como bienestar psicológico en forma de autonomía, placer y autorrealización, los estudios muestran diferencias de sexo/género pequeñas o insignificantes. Autores como Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez (2016) examinaron las diferencias de sexo en población mayor en este constructo y encontraron una disminución con la edad en algunas dimensiones de bienestar psicológico

como la de relaciones positivas con otros y crecimiento personal, dominio del entorno y pérdida de autonomía. Así, la dimensión de autoaceptación difiere entre sexos con la edad, las mujeres mostraron un descenso en su crecimiento personal con la edad, mientras que el dominio del entorno aumenta con la edad adulta, con mayor estabilidad en mujeres.

En definitiva, y de acuerdo a la información revisada, el sexo no constituye un factor que contribuya a predecir el bienestar personal de los adultos mayores, pues la literatura sobre este tema no es concluyente. En este sentido, las diferencias que pudieran encontrarse entre hombres y mujeres en cuanto al bienestar personal, están asociadas a la influencia producida por otras variables relacionadas con el género (especialmente el nivel socioeconómico, estado civil y la salud percibida) (Vanhoutte y Nazroo, 2014). También es posible que las diferencias asociadas al sexo encontradas en dichas investigaciones y que han sido antes mencionadas, pueden estar relacionadas con las diferencias que existen en los roles de género y en el parámetro de medida empleado. Así desde el punto de vista cultural, la pregunta es hasta qué punto el bienestar subjetivo significa lo mismo para ambos sexos, no solo en la vejez, sino a lo largo de toda la vida. Es probable que los hombres y mujeres mayores estén asumiendo roles de género diferenciales para evaluar el bienestar pues las identidades de género tradicionales enfatizan diferentes criterios para que hombres y mujeres evalúen su vida. Estos guiones culturales tradicionales, que dictan que las mujeres deben encontrar satisfacción en las tareas domésticas y en el cuidado de los hijos en lugar del empleo, y que los hombres sigan el modelo masculino de sostén de la familia, puede ser importante para comprender las vías genéricas individuales para la satisfacción con la vida. Cuando se investiga los efectos de género entre personas de 50 años o más, estudiamos a las personas que crecieron durante la segunda ola de feminismo y experimentaron el cambio gradual de las normas de género, por lo que estos efectos de cohorte sean una posible explicación también para explicar las diferencias. Una segunda explicación cultural podría estar en la autoimagen de la mujer y el doble estándar de envejecimiento que posiciona a las mujeres en situación de desventaja respecto a los hombres (Deusch, Zalenski, & Clark, 1986). Sin embargo, las mujeres mayores no están exentas de sentirse satisfechas con su vida, ya que la distancia entre lo deseado y lo logrado involucra todas las áreas del individuo (social, económico, familiar, afectivo, etc.) y no es exclusivo del ámbito laboral.

Todo parece indicar que el bienestar personal en las mujeres y hombres responde a las mismas consideraciones y situaciones que en otras edades, e inclusive, diversas

investigaciones revelan que las personas mayores manifiestan tener un mayor bienestar personal que grupos de población más jóvenes. Las personas mayores declaran tener niveles altos de satisfacción y de felicidad, y en algunos casos advierten que les gustaría haber tenido mayores oportunidades económicas o haber tenido más estudios, una de las variables que diversos metaanálisis han señalado que las fuentes principales de las diferencias entre sexo entre las personas mayores en sus niveles de bienestar y satisfacción con la vida.

### **5.3. Salud**

La OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1). Esta definición sigue aún vigente, pero, a lo largo de los años, se ha criticado que sea estática, dado que la salud es algo variable a lo largo de la vida del individuo. También se ha añadido que la salud tiene dos vertientes: una subjetiva, que incluiría los distintos grados del “sentirse bien”, y otra objetiva, que coincidiría con la “capacidad funcional”, es decir, con el grado de funcionalidad o limitaciones que las personas tienen para desempeñar sus diferentes actividades diarias. En consecuencia, la OMS modificó su propio concepto de salud y en 1978 en la *Estrategia Salud para todos en el año 2000* (OMS, 1978) la definía como “el nivel suficiente de bienestar que permite desarrollar la propia capacidad funcional y vivir activamente en sociedad”, es decir, la salud como la capacidad de adaptación y autogestión y como un conjunto de características y dimensiones dinámicas que se pueden medir (Morcillo, 2017). La OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud conlleva tanto libertades como derechos: la libertad de que cada persona puede controlar su salud y su cuerpo sin injerencias y el derecho a que todas las personas tengan la misma oportunidad de poder alcanzar el grado máximo de salud (Morcillo, 2017; WHO, 1999).

#### **5.3.1. Salud percibida**

En cuanto a la percepción de la salud, que es el tema central que aquí nos ocupa, cabe señalar que la salud percibida es uno de los indicadores más utilizados en Gerontología, tanto en su papel como indicador del bienestar o estado general de salud como un predictor de la supervivencia de las personas mayores (Gutiérrez, Galiana, Oliver, Sancho, & Tomás, 2015; Jylhä, 2009). A este respecto, son muchas las investigaciones que dejan patente su influencia positiva sobre la salud y, por extensión, sobre la satisfacción con la vida. Muestra de ello son

los estudios de Gwozdz y Sousa-Poza (2010), autores que concluyeron que la percepción de salud era un predictor relevante de la satisfacción vital. En la misma línea, autores como Berg et al. (2006) apuntan a que este constructo tiene el mayor poder explicativo de la satisfacción de vida. Además, indicadores subjetivos como la satisfacción con la vida y la salud subjetiva arrojan prevalencias mucho más altas que los indicadores objetivos (enfermedad o productividad) como criterios constituyentes del envejecimiento con éxito. La naturaleza subjetiva de estas medidas permite calificar a las personas por su salud y satisfacción en el contexto de sus creencias, prioridades, experiencias y circunstancias individuales (Fernández-Ballesteros et al., 2010). A este respecto, también se sabe que las medidas autoinformadas son específicas del contexto. Por ejemplo, se ha demostrado que las mujeres frente a los hombres, las personas mayores frente a las más jóvenes y las que tienen una posición socioeconómica más baja frente a las más altas, priorizan diferentes aspectos de la salud y dan respuestas diferentes a las preguntas sobre la salud percibida. Del mismo modo, las personas con un mayor efecto negativo son más propensas a dar informes pesimistas de su salud (Kraus, Adler, & Chen, 2013) y la autoevaluación varía según las culturas y los países (Mitchell, 2005).

Las medidas de autoevaluación de la salud de las personas mayores dependen en gran medida de sus experiencias previas, estado de salud y circunstancias actuales. Y paradójicamente, las personas mayores con un peor estado de salud, y por consiguiente, con expectativas más bajas, en realidad pueden considerar que envejecen mejor ya que su experiencia coincide con sus expectativas (Whitley, Popham, & Benzeval, 2016). Podemos decir que la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión (Vivaldi & Barra, 2012) y se ha probado que tiene asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que las personas mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc. Así, este indicador se ha presentado como un potente predictor del padecimiento de enfermedades crónicas, así como de la utilización de los servicios sanitarios e, incluso, de la mortalidad (Jylhä, 2009; Morcillo, 2017).

Para tratar de explicar estas asociaciones, Jylhä (2009) propuso un modelo teórico en donde la percepción del estado de salud sería un proceso cognitivo en el que el individuo, al ser preguntado acerca de cómo cree que es su estado de salud valoraría de forma objetiva la

información médica que posee y de forma subjetiva sus propias sensaciones, influenciado por los factores ambientales (sociales y culturales) que le rodean. Otro modelo propuesto por Knäuper y Turner (2003), propone que el individuo, en el proceso de respuesta, construya una representación o imagen mental de su propio estado de salud, influido por los factores sociodemográficos y personales que lo envuelven.

Varios artículos e investigaciones recogen la salud autopercebida como un buen indicador de salud sensible al género, capaz de visibilizar las desigualdades de salud en función del mismo (Borrell & Artazcoz, 2008; García-Calvente, del Río-Lozano, & Marcos-Marcos, 2012). Como se ha descrito en capítulos anteriores, las diferencias en la salud física de hombres y mujeres mayores son paradójicas (la paradoja del género en salud). Se sabe que las mujeres viven más tiempo que los hombres, sin embargo, tienen tasas de morbilidad más altas y una calidad de vida disminuida, especialmente en la vejez. De hecho, aunque el tamaño de la brecha de género y el patrón de longevidad varía considerablemente según el país, las mujeres sobreviven a los hombres en cada región y en casi todos los países del mundo (Oksuzyan et al., 2010; Rieker & Bird, 2005). Los hombres, por lo general, experimentan más enfermedades crónicas que suponen una amenaza a la vida y mueren más jóvenes, mientras que las mujeres viven más tiempo pero tienen más enfermedades agudas o crónicas que no necesariamente conllevan muerte y tienen una mayor prevalencia de discapacidad o morbilidad a causa de ello. Además, conviene destacar que aunque la tasa general de enfermedad mental grave de hombres y mujeres es similar, los trastornos de salud mental más comunes difieren según el sexo. Las mujeres experimentan tasas sustancialmente más altas de depresión y trastornos de ansiedad que los hombres, mientras que los hombres tienen tasas más altas de abuso de sustancias, comportamiento antisocial y suicidio.

Las diferencias de sexo en la salud se deben a una combinación de diferencias biológicas, sociales y de comportamiento, así como a la interacción de estos factores. La ventaja en cuanto a la mortalidad de las mujeres es particularmente grande especialmente para la trayectoria de deterioro de la salud. Una vez que se deteriora la salud, el riesgo de mortalidad aumenta más rápidamente en los hombres que en las mujeres (Doblhammer & Hoffmann, 2010). En los países donde los hombres y las mujeres viven vidas más similares y se comportan de manera más similar, es decir, en sociedades más igualitarias, uno esperaría que tuvieran resultados de salud parejos en ambos sexos, a pesar de la existencia de diferencias de género o sexo en los patrones o en el curso de enfermedades relacionadas con la edad. Así, en

la investigación llevada a cabo por Crimmins, Kim y Solé-Auró (2011), donde se exploraron las diferencias de sexo en la salud a partir de los 50 años en 11 países europeos, incluyendo Gran Bretaña, así como en los EE.UU, llegaron a las siguientes conclusiones: si bien la salud percibida es más pobre entre las mujeres, esto no es cierto cuando se controlan los indicadores de capacidad funcional, discapacidad y enfermedades. Las mayores probabilidades de que las mujeres revelen una peor salud parecen explicarse por las diferencias en las enfermedades, el funcionamiento y la discapacidad. Si los hombres y las mujeres tuvieran las mismas discapacidades y enfermedades, los hombres informarían de una salud peor que las mujeres y en ningún país las mujeres reportarían una peor salud. Es decir, el tamaño de las diferencias de género se ve afectado en muchos casos por la similitud en los comportamientos de hombres y mujeres.

En concreto, las desigualdades sociales en salud en la población española aún son todavía más significativas, pues España ha conocido fuertes diferencias en cuanto a la incorporación laboral de la mujer, siendo una sociedad en la que hasta fechas recientes, era el hombre el encargado de trabajar fuera de casa. En España, la paradoja de género en relación a la salud todavía es relevante, estas diferencias se han plasmado en la “paradoja de la morbilidad”, según la cual los hombres mueren antes pero las mujeres pasan más años con peor estado de salud (Gorman & Read, 2006). Sirva como ilustración sobre esta paradoja de género en salud la siguiente metáfora, la cual identifica a los hombres como “robles”, pues parecen capaces de retrasar las aflicciones de la vejez hasta un punto de quiebre, mientras que las mujeres, como “juncos”, parecen capaces de sobrevivir a pesar de una acumulación de déficits de salud (Balard, Beluche, Romieu, Willcox, & Robine, 2011).

Existen varias posibles explicaciones a este fenómeno: por una parte, el estilo de vida de algunos hombres les lleva a sufrir enfermedades con mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a enfermedades no fatales e incapacitantes. Otra posible causa es la falta de contacto de los hombres con los servicios sanitarios, pues a diferencia de las mujeres son más reacios a pedir ayuda, lo que podría considerarse una muestra de fragilidad propia de su rol de género (Gomes, Nascimento, & Araújo, 2007). Una tercera causa que se ha descrito en varios trabajos sería que, si las condiciones estructurales fueran más igualitarias para el género femenino, las mujeres presentarían una mejor salud subjetiva (Crimmins et al., 2011; Morcillo et al., 2014). En la investigación realizada por Morcillo et al. (2014) con el fin de revisar las desigualdades en la salud autopercebida en personas mayores

de 65 años en España en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia, encontraron la tendencia a que la salud percibida empeora con el incremento de la edad, pero sólo en aquellos adultos de edad avanzada menos longevos, en el sexo femenino y en aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una nueva variable intensamente relacionada, que es el nivel de dependencia. Es decir, la salud autopercebida empeora con la edad, fundamentalmente por el incremento en el nivel de dependencia, excepto en edades muy avanzadas, en las que esta relación se invierte (Jagger et al., 2011; Zunzunegui, Nunez, Durban, García de Yébenes, & Otero, 2006). En este estudio, se llega también a la conclusión de que todavía persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico en relación a la salud percibida, y que en particular, el nivel educativo es el marcador más importante de desigualdad de salud autopercebida entre las personas mayores de 65 años en España.

Por otra parte, en lo referente a la relación entre la situación laboral y la salud percibida, en el estudio de Pino-Domínguez et al. (2016), también realizado en España y con personas mayores, se halló que los hombres jubilados informaron un estado de salud significativamente mejor que las amas de casa y que el estado de salud percibida estaba estrechamente relacionado con la salud física, mental y funcional y con las actividades de ocio. Llegaron a la conclusión de que ser mujer con total dedicación al trabajo doméstico se asocia con peor estado de salud percibida.

En resumen, los hallazgos de esta breve revisión de literatura sobre la salud percibida, indican que ésta es peor entre las personas mayores con menor nivel de renta o ingresos, con niveles educativos más bajos y cuya ocupación laboral anterior había sido menos cualificada (Dalstra, Kunst, & Mackenbach, 2006). Según Ploubidis, Dale y Grundy, (2012), las diferencias en la salud percibida se asocian en gran medida con las diferencias en el nivel de igualitarismo de cada país (medido por el coeficiente de Gini<sup>1</sup>), de modo que una mayor desigualdad social se asocia con una peor salud.

---

Nota 1; Coeficiente de Gini: es un método o indicador para medir la desigualdad. Normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. Es un número entre 0 (perfecta igualdad, todos tienen los mismos ingresos) y 1 (perfecta desigualdad).. Aunque el coeficiente de Gini se utiliza sobre todo para medir la desigualdad en los ingresos, también puede utilizarse para medir la desigualdad en la riqueza. A medida que aumenta la desigualdad, el Coeficiente de Gini se acerca al valor de 1

Las diferencias de sexo en la salud subjetiva varían de forma visible en toda Europa. En muchos países (especialmente en Europa oriental y meridional), las mujeres informan claramente un peor estado de salud, mientras que en otros (como Estonia, Finlandia y Gran Bretaña) hay pequeñas o ninguna diferencia. A pesar de ello, la literatura existente no es concluyente en cuanto a si las diferencias de sexo/género en la salud son más pequeñas en las sociedades más igualitarias en relación al género, pues en diversos estudios se ha puesto de manifiesto que las brechas de género en la salud no están sistemáticamente relacionadas con las desigualdades de género socioeconómicas. Ni tampoco las brechas de género en la salud son menores en los países con más igualdad de género (Dahlin & Härkönen, 2013).

Esto contradice lo que muchos de los hallazgos sugieren sobre que la equidad de género en la sociedad conduce a brechas de género menores en salud, principalmente mediante la mejora de la salud de la mujer. No obstante y paradójicamente, otros resultados han hallado que en las sociedades donde prevalece una mayor igualdad de género, las mujeres empeoran la salud debido precisamente a la equidad de género (pues entre otras cosas asumen estilos de vida nocivos), habiendo así potencialmente mayores diferencias o brechas de género en la salud (Backhans, Lundberg, & Månsdotter, 2007; Hopcroft & Bradley, 2007; Månsdotter, Lindholm, Lundberg, Winkvist, & Öhman, 2006). En resumen, sobre este aspecto, tanto en la literatura teórica como empírica, muestran resultados que no son concluyentes sobre si la igualdad de género en la sociedad disminuye la brecha de género en salud.

### **5.3.2. Depresión**

Por otro lado y cambiando de tema, el optimismo y una buena percepción de la *salud física y mental*, son claves para conseguir *envejecer con éxito*. Si nos referimos a la salud mental, entendida ésta como el bienestar emocional, psíquico y social, y que afecta a la forma en cómo pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida, ésta nos ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones. De hecho, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida. En concreto la depresión se ha descrito como la enfermedad más prevalente en el mundo y una de las principales causas de discapacidad en todos los grupos de edad (OMS, 2018). Se ha demostrado que los síntomas depresivos correlacionan negativamente con el funcionamiento físico (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), con las situaciones de salud comórbidas (presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario) y son predictores de discapacidad futura (Tiedt, 2013). Incluso hay

evidencias de que la depresión es un factor de riesgo para la mortalidad, especialmente en los hombres mayores (Diniz et al., 2014).

La literatura mundial sobre el envejecimiento y la depresión generalmente informa una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres que entre los hombres (Tiedt, 2010). Lo que es universal son las diferencias de sexo en casi en todo el mundo pues la depresión es dos o tres veces más común en las mujeres (Escobar-Bravo, Botigué, Jürschik, Nuin, & Blanco, 2013). Tal y como indican Vafaei, Ahmed, Falcão Freire, Zunzunegui y Guerra (2016), esta carga diferencial también se aplica a otros problemas de salud mental, dado que la prevalencia de la depresión, la ansiedad y las ideas suicidas es mayor en las mujeres, mientras que los hombres adoptan comportamientos peligrosos relacionados con la salud, como el abuso de sustancias, las conductas violentas o antisociales y el suicidio (Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy, Mackenzie, & Sareen, 2015). Según Tiedt (2013) es interesante observar que en la revisión de diferentes estudios, la salud subjetiva fue el correlato más consistente de los síntomas depresivos en personas mayores, tanto en Japón como en los Estados Unidos. Por ello, en su investigación, no fue una sorpresa que una mejor salud percibida se asociara con menores síntomas de depresión, independientemente del sexo y la nacionalidad.

Aunque si bien es cierto que la prevalencia de la depresión varía entre países, en general, la mayoría de los estudios informan de mayores tasas de sintomatología depresiva en la mujer, como ya hemos comentado. Para Tiedt (2013), este diferencial de género transnacional o entre países, también se ha atribuido a las oportunidades y los déficits asociados con los roles familiares, el acceso diferencial a la educación o recursos y el empleo a lo largo de la vida. En muchas sociedades, las mujeres están más expuestas a eventos estresantes y factores de riesgo de depresión durante toda su vida y también pueden reaccionar de manera diferente a esos factores.

Así, autores como Alvarado, Zunzunegui, Beland, Sicotte y Tellechea (2007), destacan dos hechos que contribuyen a explicar las mayores tasas de depresión de las mujeres: por una parte, se ha demostrado que los mecanismos de regulación del estado de ánimo en las mujeres tienden a centrarse en las emociones, mientras que en los hombres el enfoque es más directo en la resolución del problema (Bjørkløf, Engedal, Selbæk, Kouwenhoven, & Helvik, 2013; Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006). Estas diferencias sexuales en la expresión y el tratamiento de la angustia mental se han relacionado con los roles sociales favorecidos por la sociedad para

hombres y mujeres (Sachs-Ericsson & Ciarlo, 2000). Otra posible explicación puede ser la estratificación de género que presentan muchas culturas y sociedades, donde se relaciona con menos poder, menor estatus social, menos oportunidades y recursos para las mujeres, lo que aumenta la vulnerabilidad a la depresión (Rosenfield & Mouzon, 2013). Es decir, la adopción de roles femeninos por parte de las mujeres puede contribuir a la depresión, pues en muchas culturas, las mujeres, restringidas por los roles de género, se ven obligadas a realizar las tareas domésticas o cuidado de otros y tienen un acceso limitado a trabajos bien remunerados y, a pesar de trabajar a jornada completa, dependen de los miembros masculinos de la familia, una desigualdad que puede extenderse a edades más avanzadas y tomar diferentes formas. De forma que los rasgos de personalidad, internalizados a lo largo de la vida por los roles de género, conducen a comportamientos individuales y luego a resultados de salud.

También hay investigadores como Vafaei et al. (2016) que interpretan que la fuerza de los roles de género varía según el lugar, el tiempo y el contexto cultural. Primero, en muchas sociedades tradicionales existe un poder desigual en las relaciones matrimoniales, lo que favorece la autonomía de los hombres y el poder de decisión. En segundo lugar, debido a la división del trabajo hay distribuciones desiguales de las responsabilidades de cuidado de la familia y el hogar con una mayor proporción de cuidado de niños y tareas domésticas para las mujeres y más empleos remunerados fuera del hogar para hombres, bajo la suposición aceptada de que el papel principal de los varones es asegurar la necesidad material de la familia. Concretamente, estos autores en su investigación mostraron que tanto en hombres como en mujeres, los roles de género estaban relacionados con la depresión y esta asociación era independiente del sexo, incluso después de controlar las variables socioeconómicas y del estado de salud. Además, llegaron a la conclusión de que tanto los roles de género como el sexo impactan en la depresión de forma independiente.

En relación a los roles de género hay estudios que han demostrado que la feminidad aumenta el riesgo de depresión (Parker & Brotchie, 2010), aunque también aquellas personas con un rol de masculinidad alto, también presentan mayores niveles de depresión. Es posible que los hombres “masculinos” que persiguen el poder y alcanzar la hegemonía masculina pueden dañarse físicamente, y sobre todo es posible que las personas mayores con más rasgos de masculinidad no puedan adaptarse bien a la pérdida de poder física y social relacionada con el envejecimiento, pues el estrés y la desilusión asociados con este proceso de

inadaptación, pueden ser un factor que contribuya a la aparición de depresión (Courtenay, 2000).

Existen algunas pruebas que sugieren que los síntomas depresivos aumentan a medida que las personas envejecen pero a un ritmo mayor en los hombres que en las mujeres (Ried & Planas, 2002); sin embargo, esto sigue siendo una teoría por explorar en futuros estudios, pues la evidencia en general es contradictoria. Además, incluso es probable que los correlatos o factores asociados con la depresión cambien desde la vejez temprana a la tardía. Por ejemplo, Tiedt (2013) mostró que las personas mayores que son más viejos en edad y más depresivos pueden tener tasas más altas de apatía, mientras que las personas mayores más jóvenes en edad y más depresivos informan altas tasas de discapacidad.

En ciertos estudios longitudinales, como el llevado a cabo por Sutin et al.(2013) que investigan la relación entre los síntomas depresivos y la edad, han determinado que los síntomas de la depresión siguen un patrón en forma de “U”, evidenciando que estos son más altos en la edad adulta joven, disminuyen en la edad adulta media, y aumentan nuevamente en la adultez mayor. Además, parece ser que la contabilización de la comorbilidad, las limitaciones funcionales y la muerte inminente, redujeron ligeramente pero no eliminaron el repunte de los síntomas depresivos en la vejez, de modo que los adultos/as mayores experimentan un aumento de la angustia que no se debe únicamente a la disminución de la salud física o el acercarse al momento de la muerte. En este estudio, adicionalmente, las mujeres informaron más depresión a edades más tempranas, pero una interacción con la edad sugirió que esta brecha desapareció en la vejez. En general, a lo largo del ciclo vital las mujeres informan de mayor depresión a edades más tempranas pero a medida que envejecen desaparece esta mayor tendencia y se igualan más con los hombres. También podría ser que ellas se mantienen más o menos estables a lo largo del ciclo vital y que los hombres al llegar a la vejez empiezan a padecer un mayor número de síntomas depresivos, sobre todo cuando empiezan las limitaciones funcionales, la comorbilidad y la muerte inminente (Luppa et al., 2012; Weyerer et al., 2013).

Si las diferencias de sexo/género en los síntomas depresivos se reducen a edades posteriores, este cambio no puede atribuirse solo a las limitaciones funcionales, pues tanto los hombres y mujeres mayores están expuestos a distintas presiones a medida que pasan la transición de una etapa de la vida a otra. La principal causa de esta reducción en las diferencias de sexo en depresión a medida que se envejece puede ser en parte, debido a los

profundos cambios de roles experimentados por los hombres en esta etapa vital y que reflejan las experiencias colectivas de las cohortes de personas mayores actuales y los efectos generacionales (Barefoot, Mortensen, Helms, Avlund, & Schroll, 2001; Pachana, McLaughlin, Leung, Byrne, & Dobson, 2012). A este respecto, de nuevo, Tiedt (2013) indica que para la investigación internacional supone un desafío el poder capturar eventos relacionados con el curso de la vida mientras se diferencian los efectos de edad, período y cohorte en todas las culturas. Un ejemplo de esto es la investigación de Steffens, Fisher, Langa, Potter y Plassman (2009) con una muestra representativa de personas mayores, cuyo hallazgo más relevante fue el de encontrar estimaciones de prevalencia similares para la depresión en hombres y mujeres, resultados que no consistentes con investigaciones previas que muestran un predominio femenino. Dada la representatividad de la población de esta muestra, las tasas de depresión similares entre sexos pueden ser el resultado de la diversidad racial, étnica y socioeconómica de los participantes. En esta línea, también es interesante remarcar la investigación de Pachana et al. (2012), cuyos resultados no revelaron tampoco diferencias de sexo significativas en ninguna de las medidas psicológicas, después de controlar el estado cognitivo, la salud general y la educación, apoyando pues la idea de que el predominio del sexo femenino en la angustia psicológica disminuye al aumentar la edad. Por otro lado y contrariamente a los hallazgos que se han observado en la mayoría de los estudios, resulta interesante un estudio Sueco para estimar la prevalencia de la depresión, y en donde más hombres que mujeres informaron de síntomas depresivos, y en concreto, la mayor proporción se encontró entre los hombres con edades más avanzadas, es decir, en el grupo de edad de 75-80 años, en donde los síntomas depresivos no fueron más prevalentes entre las mujeres (Djukanović, Sorjonen, & Peterson, 2015).

Como se ha señalado previamente, quizás la reducción en la brecha de género en los síntomas depresivos en edades avanzadas puede ser debido a los cambios de roles experimentados por los hombres (Tiedt, 2013). La congruencia entre hombres y mujeres puede reflejar cambios en la identidad de género asociados con la edad o el efecto de disminución de la valencia emocional de algunos roles sociales. En nuestro caso, en el contexto del envejecimiento, se elimina la influencia de los roles de género de modo que con la edad hay una obligación decreciente respecto a las normas sociales como los roles de género (Hyde, 2005, 2014).

Si nos centramos en España, el hecho de ser mujer por sí mismo influye en el desarrollo de síntomas depresivos. Son diversas las investigaciones que señalan mayores tasas de depresión en las mujeres mayores, como por ejemplo la investigación de Escobar et al. (2013), en donde la prevalencia de síntomas depresivos fue del 33.1% en general y en concreto de un 22.8% para hombres y 40.3% para mujeres, siendo por tanto casi el doble. Estos resultados son, por otro lado, consistentes con otros estudios europeos aunque la magnitud de la diferencia varía entre países como se ha dicho anteriormente (Oksuzyan et al., 2010; Sendra-Gutierrez, Asensio-Moreno, & Vargas-Aragon, 2017; Urbina, Flores, García, Torres, & Torrubias, 2007; Zunzunegui, Béland, Llácer, & León, 1998). Adicionalmente, Escobar et al. (2013) subrayan que entre los factores que parecen proteger más de la presencia de sintomatología depresiva están el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja, en los varones. Las mujeres mayores de 75 años que viven en su domicilio son más susceptibles de presentar síntomas depresivos que los varones, sin importar condiciones sociales y de salud. Después de analizar el por qué de esto en nuestro país, los autores llegan a la conclusión de que es debido a la educación desigual recibida y a factores íntimamente relacionados al rol de género de las mujeres.

Por tanto, la mayor frecuencia y vulnerabilidad de la depresión en las mujeres de edad avanzada puede estar relacionada con su nivel educativo, el sufrimiento de enfermedades crónicas y el apoyo social (Sendra-Gutierrez et al., 2017). Otros estudios, en cambio, han señalado que en general para ambos sexos, los síntomas depresivos se asociaron significativamente con el aumento de la edad, menores ingresos, un número creciente de afecciones médicas y un menor apoyo social. Solo en mujeres, el número de condiciones médicas y la falta de apoyo social se asociaron significativamente con los síntomas depresivos (Glaesmer, Riedel-Heller, Braehler, Spangenberg, & Luppá, 2011).

Si bien en algunos estudios realizados en América del Norte encontraron que las diferencias de sexo eran mucho más bajas o desaparecían cuando se ajustaban factores de confusión, tales como el estado socioeconómico, salud y estado funcional (Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi, & Crepaldi, 2002); en el estudio realizado en España por Zunzunegui et al. (1998), las diferencias entre sexos permanecieron después de ajustar para todos los factores de riesgo tradicionales. Posteriormente, en un estudio transcultural realizado nuevamente por Zunzunegui et al. (2007) se llegó a la conclusión de que la prevalencia de síntomas depresivos es más alta en mujeres que en hombres en todos los países, excepto en Suecia, y que las mujeres son más propensas a estar expuestas a riesgos socioestructurales y desigualdades

sociales y tienen una salud más pobre y más discapacidad que los hombres en la mayoría de los países. Sin embargo, y a pesar de eso, las mujeres no son más vulnerables a estos factores de riesgo sobradamente conocidos, ya que el exceso femenino en síntomas depresivos permanece después de controlar los factores de riesgo socioestructurales y relacionados con la salud, resultados que sugieren por tanto, la existencia de vías adicionales vinculadas al sexo biológico.

Por otro lado, en relación a la depresión y su prevalencia, también se ha estudiado la influencia del estado civil en general y la viudedad, en particular. Los efectos del estado civil y especialmente el matrimonio sobre los síntomas depresivos en hombres y mujeres pueden ser diferentes, con menores niveles de síntomas depresivos en los hombres casados, en comparación con los hombres solteros, pero tasas similares en las mujeres casadas, en comparación con las mujeres solteras. La insatisfacción con su pareja fue poco común, pero cuando se da esa situación se asocia con los síntomas depresivos (St John & Montgomery, 2009).

Hank & Wagner (2013) usando datos transversales de las dos primeras oleadas de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE por sus siglas en inglés), abordaron la cuestión de si la paternidad y el estado civil influyen con varias dimensiones del bienestar de las personas mayores. A priori, sus resultados muestran que generalmente las personas sin hijos no tienen peores resultados que las personas que son padres en términos de bienestar económico, psicológico o social. Aunque hay algún indicio de un “efecto protector” del matrimonio, tener un compañero no contribuye *per se* a un mayor bienestar psicológico: solo aquellos que informan satisfacción con el grado de reciprocidad en su relación son los que dicen tener un menor número de síntomas depresivos que sus contrapartes no casadas. Estos hallazgos son bastante estables, es decir, son válidos tanto para hombres como para mujeres, así como para varias cohortes, y no varían sistemáticamente entre países.

En general, la literatura sobre este tema apunta a que hay un mayor número de mujeres casadas que están insatisfechas y muestran más síntomas depresivos. La combinación de factores estresantes socioeconómicos y la presión para cumplir con el rol del cónyuge pueden exacerbar los síntomas depresivos femeninos. Por el contrario, los hombres mayores que están casados y viven en pareja, tienen menos síntomas depresivos que las mujeres mayores casadas. Además, los hombres mayores solteros tienen más síntomas depresivos que las

mujeres mayores solteras, y apenas hay diferencia en síntomas depresivos entre las mujeres casadas y solteras, divorciadas o viudas (Jang et al., 2009).

En relación a estos hallazgos que reiteradamente muestra la literatura científica, hay evidencias de efectos de una interacción entre el estado civil y el sexo de las personas mayores cuando se evalúa la sintomatología depresiva, de forma que los hombres se benefician más de estar casados y vivir en pareja (Rosset et al., 2011). Incluso ciertos estudios como el de Jang et al. (2009) del cual ya hemos hablado, resaltan el aumento de los síntomas depresivos con la edad entre aquellas mujeres casadas. Mientras que los hombres divorciados y viudos suelen informar de tasas más altas de síntomas depresivos que los hombres casados. En este estudio, la diferencia entre mujeres casadas vs. viudas y/o divorciadas convergió a medida que envejecían. Este patrón de síntomas depresivos por sexo y etapa de vida puede reflejar en parte, la influencia distintiva del contexto cultural, sobre todo en sociedades muy tradicionales, en donde los roles de género tradicionales y las normas patriarcales para las generaciones mayores siguen presentes de modo que las relaciones entre hombres y mujeres son desiguales.

La investigación que se ha realizado en Estados Unidos sobre las transiciones del estado civil proporciona evidencia adicional y considerable del efecto adverso que supone la viudedad en los hombres, en particular, y el efecto protector del matrimonio en ambos sexos (Carr et al., 2014; G. R. Lee & DeMaris, 2007; Moon, Kondo, Glymour, & Subramanian, 2011). Se ha demostrado que los hombres solteros corren más riesgo de mortalidad que los hombres casados y aunque el efecto protector del matrimonio es menos obvio entre las mujeres, es posible que el tener mayores ingresos económicos en el hogar cuando están casadas o viven en pareja, proporcione beneficios claros que también reducen su mortalidad (Halleröd, 2013).

Es posible también que cuando se produce la transición a la viudedad, los hombres pueden experimentar aumentos más agudos de los síntomas depresivos que las mujeres como resultado de tener relativamente menos síntomas antes de la muerte de sus cónyuges (Lee & DeMaris, 2007; Lee, DeMaris, Bavin, & Sullivan, 2001). Por otro lado, investigaciones realizadas en Holanda han descubierto que las mujeres pueden adaptarse mejor a la viudedad que los hombres al tener más apoyo para superar la depresión a lo largo del tiempo, pues éstas generalmente tienen mayores redes sociales y contactos sociales más frecuentes que los hombres (Perrig-Chiello, Spahni, Höpflinger, & Carr, 2016; Van Grootheest, Beekman,

Broese Van Groenou, & Deeg, 1999). Incluso, las diferencias de género en la experiencia de la viudedad, muestran que ésta se asocia con problemas específicos que dependen del contexto socio-histórico. En cambio, otros estudios señalan que aunque los hombres y las mujeres no difieren en las trayectorias de los síntomas depresivos después de acaecida la viudedad, en circunstancias similares, las mujeres se encuentran claramente en desventaja debido a la mayor probabilidad de tener menores recursos, sobretodo económicos, porque son más propensas a quedar viudas y en condiciones menos favorables lo que dificultaría su envejecimiento exitoso (Sasson & Umberson, 2014).

El envejecimiento con éxito tiene muchas dimensiones que pueden manifestarse de manera diferente en hombres y mujeres a diferentes edades, revelándose como una experiencia que puede ser cualitativamente diferente entre hombres y mujeres. Es evidente que las mujeres viven más tiempo que los hombres, sin embargo los hombres no simplemente “envejecen más rápido” que las mujeres tal y como sugieren (Blagosklonny, 2010), sino que simplemente son más “débiles” en todas las edades (Thielke & Diehr, 2012). Los cambios en el estado de salud, los síntomas y el funcionamiento durante el envejecimiento desafían esta descripción simple. Las personas varían ampliamente en cómo y con qué éxito envejecen. Ciertos grupos pueden experimentar el envejecimiento y la salud de forma diferente a los demás. La instancia más obvia es el género: se ha observado que hombres y mujeres mayores tienen diferentes períodos y experiencias de vida, trayectorias funcionales, factores de riesgo para la enfermedad, enfermedades crónicas y agudas, el uso de tratamientos médicos e incluso el mantenimiento de la salud y la capacidad de recuperación de la enfermedad, todos estos aspectos difieren entre hombres y mujeres. La evidencia que poco a poco arroja la investigación puede ayudar a contrarrestar los estereotipos sexistas o relacionados con la edad sobre la salud durante el proceso de envejecimiento, del mismo modo que la comprensión de la prevalencia, la persistencia y la resolución de la enfermedad en diferentes grupos poblacionales.

La investigación de Tesch-Römer, Motel-Klingebiel y Tomasik (2008), analizó si la desigualdad social debida al género estaba relacionada con el tamaño de las diferencias de género en el bienestar subjetivo en varias sociedades, cultura y países utilizando datos del proyecto OASIS (*World Values Survey*, que involucró a 57 países, entre ellos Noruega, Gran Bretaña, Alemania, España e Israel). En dicho estudio se halló que el tamaño de las diferencias de género en el bienestar subjetivo, varió según el grado de desigualdad social y

de las actitudes culturales con respecto a la igualdad de género en diferentes países, pero si se controlaban el nivel educativo y el nivel de ingresos se reducía el tamaño de estas diferencias. Por lo tanto, concluyeron que las diferencias en el bienestar subjetivo, y por extensión a la salud mental, podrían estar relacionadas con el acceso diferenciales a los recursos en función del género y las desigualdades estructurales derivadas de la socialización patriarcal que origina la subordinación de las mujeres.

### **5.3.3. Autocuidado**

El autocuidado es entendido a nivel general como una motivación o inclinación por facilitarnos atenciones a nosotros mismos y está dirigido a nuestra propia salud. En otras palabras, se trataría de un conjunto de pautas o hábitos saludables orientados al bienestar físico, psicológico o social, y que deberíamos realizar por propia iniciativa. La lista de medidas que son recomendables es de todos conocida: buena alimentación, ejercicio moderado, evitar el alcohol y el tabaco, controlar el estrés y fomentar el pensamiento positivo, mantener relaciones sociales, participar activamente en la sociedad, etc. Cada una de estas pautas es una manifestación del autocuidado.

En general, las mujeres y hombres mayores con una mejor salud física y mental muestran niveles de participación más altos que las que tienen peor salud, lo cual a su vez contribuye a mejorar su calidad de vida. Todo eso es lo que se plantea en el marco político del envejecimiento activo y saludable: optimizar las oportunidades, la salud, el conocimiento, el derecho de participación, la seguridad y la protección para envejecer. Este es un proceso que debe darse a lo largo del ciclo vital en el que deben optimizarse las oportunidades de salud porque las personas quieren envejecer con salud, manteniendo su grado de independencia el mayor tiempo posible. Eso no significa la ausencia de enfermedades, deterioro cognitivo o discapacidades pero sí mantenerlas bajo control. Mediante la movilización de los recursos de autocuidado se pueden minimizar los problemas y mejorar la salud o el bienestar. En este sentido es importante comprender el concepto del autocuidado como un enfoque para promover la salud y el bienestar personal, dado que la gran mayoría de las personas mayores están motivadas para aprender sobre cuestiones relevantes asociadas al envejecimiento. El cuidado personal puede ayudar a las personas, especialmente a los hombres y mujeres mayores, a convertirse en participantes competentes y protagonistas de sus propias vidas, a ser sus propios gerentes en lo que respecta a su salud o bienestar, lo que a su vez puede ayudarles

a ser más independientes y autónomos, posibilitándoles así permanecer en sus casas el mayor tiempo posible y envejecer de forma más exitosa y satisfactoria.

Una revisión de la literatura sobre autocuidado revela que la mayoría de las investigaciones en este campo se ha centrado principalmente en dos áreas: autocuidado en enfermedades crónicas y en enfermedades comunes (Benito et al., 2014; Galiana, Oliver, Sansó, & Benito, 2015a; Høy, Wagner, & Hall, 2007; Khagram, Martin, Davies, & Speight, 2013). Sin embargo, las necesidades de autocuidado en la salud están presentes en toda la población general (White et al., 2012), puesto que el desarrollo de estas habilidades conduce a adoptar estilos de vida más saludables, y para las personas mayores, estas habilidades resultan especialmente importantes por estar en un mayor riesgo de deterioro de la salud y pérdida de la independencia, ya que, las conductas de autocuidado tienen el potencial de ayudar a reducir el deterioro de la salud y promover el bienestar.

El autocuidado en salud se ha definido por la OMS como “aquellas acciones emprendidas por el sujeto con la intención de mejorar la salud y el bienestar, prevenir las enfermedades y restaurar la salud” (OMS, 1984, p.181), de modo que puede ser visto como aquellas acciones dirigidas con el objetivo de conservar, restablecer o mejorar la salud y el bienestar, así como la prevención de enfermedades (la detección, gestión y tratamiento) y la promoción de la salud (Sundslí, Espnes y Söderhamn, 2013). El cuidado personal implica la práctica de actividades en la vida diaria tanto a nivel físico, mental, social como espiritual que ayuden a mantener el bienestar en todas sus facetas. Estas acciones deben ser conocidas por el individuo y estar dentro de las capacidades de la persona. Es por ello que la práctica de diversas actividades o conductas de autocuidado requiere motivación pues es la capacidad de cuidarse a uno mismo. Si bien ésta puede ser ejercida o no porque los seres humanos son sujetos actuantes, con su propia voluntad, que toman decisiones conscientes (Söderhamn, Bachrach-Lindström, & Ek, 2008).

La literatura revela muchas definiciones y conceptos de autocuidado, pero sin embargo, estos carecen de consenso sobre la definición y el alcance. Nos encontramos ante un concepto complejo con múltiples facetas y diferentes significados. En concreto, Sundslí et al. (2013) - citando a Eriksson y Lindström (2007)- lo definen como el proceso que permite a las personas incrementar el control para mejorar su salud, llevar una vida activa y productiva y obtener así un mayor bienestar y calidad de vida. La cuestión clave es que se trata de un recurso de salud que promueve la auto-responsabilidad y el control en la toma de decisiones, pero no es una

práctica individualizada; el apoyo social es una condición importante para el autocuidado (Høy et al., 2007). Como ya se ha comentado, la promoción de la salud es un pilar fundamental del envejecimiento activo porque permite llevar una vida activa y productiva. En este sentido, la idea fundamental que nace de la promoción de la salud es que su objetivo último, más que prolongar los años de vida, lo que pretende es que se vivan mejor.

Ante todo, partimos de que la salud se crea mediante relaciones complejas entre el individuo y la sociedad. En base a este supuesto, Aron Antonovsky (1979), creador del concepto del *sentido de coherencia*, introdujo el concepto de “*salutogénesis*” y afirmó que la orientación en la vida de las personas tendrá un impacto en su salud. En el modelo salutogénico ganan valor los *activos para la salud* que es todo aquel factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Juvinya-Canal, 2013). Es decir, postulaba que en el caso de que las personas actuaran en su vida con conductas promotoras de salud, los riesgos se minimizarían y las personas ahorrarían sufrimiento. Antonovsky trató de encontrar la solución a la cuestión de por qué algunas personas, independientemente de vivenciar situaciones estresantes importantes y dificultades severas, se mantienen saludables, mientras que otras no. Antonovsky centró su modelo en torno dos conceptos: el sentido de coherencia y los recursos generales de resistencia. *El sentido de coherencia* se refiere a una actitud perdurable y mide cómo las personas ven la vida y, en situaciones estresantes, identifican y usan sus recursos generales de resistencia para mantener y desarrollar su salud. El sentido de coherencia consta de al menos tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significado. Tener un sentido de coherencia fuerte permite a las personas ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativo, otorgándole una confianza y seguridad interiores para identificar recursos dentro de uno mismo y en su entorno inmediato, una habilidad para utilizar y reutilizar estos recursos de forma promotora de la salud. Las tres dimensiones interactúan unas con otras, pero el más importante es el factor motivacional o de significado (Juvinya-Canal, 2013). Eriksson & Lindström (2007) lo definen como un recurso que capacita a las personas para gestionar la tensión, reflexionar sobre sus recursos internos y externos, identificarlos y movilizarlos con la finalidad de encontrar soluciones para conseguir un afrontamiento con éxito, de una forma saludable.

*Los recursos de resistencia* se definen como cualquier característica de una persona, grupo o un ambiente, cuyo manejo efectivo puede ayudar a evitar o a combatir una amplia

variedad de estresores. Son, por ejemplo, el dinero, recursos materiales, la inteligencia, la autoestima, la orientación preventiva de salud, el apoyo social y el capital cultural. Es decir, cualquier instrumento que ayude a las personas a superar los factores de estrés emocional se puede considerar un recurso de resistencia y la clave no está únicamente en disponer de los recursos, sino en la habilidad de usarlos de forma promotora de la salud (Juvinya-Canal, 2013).

En este sentido, desde los inicios de la civilización los seres humanos han intentando orientar su vida hacia el bienestar, el éxito, la tranquilidad y la armonía. Esto responde a una necesidad universal de equilibrio. Sin embargo, resolver la gran incógnita de saber hacia dónde dirigirse, encontrar el sentido de la vida y sentirse satisfecho con la existencia no es tarea fácil. Así, el sentido de coherencia es una disposición u orientación personal, no un estado o un rasgo; tampoco es una estrategia de afrontamiento en sí misma. Aquellas personas que lo poseen de manera notable sabrán llevar a cabo estrategias más apropiadas para afrontar las demandas del ambiente (Antonovsky, 1992). Para Antonovsky, una persona con alto sentido de coherencia experimenta menos emociones negativas, tales como depresión y ansiedad, pudiendo hacer frente a los estímulos estresantes de un modo más elaborado, redundando en una mayor percepción subjetiva de bienestar psicológico. El sentido de coherencia y el bienestar psicológico son dos variables salutogénicas. Y en cuanto a la salud de las personas mayores, existen enormes diferencias en la manera en que cada persona envejece, que van desde las habilidades físicas hasta la energía y el compromiso con la vida, también las habilidades o comportamientos de autocuidado son cruciales y decisivos en las mujeres y hombres mayores para su vida diaria.

Dale, Söderhamn y Söderhamn (2012) han demostrado una relación entre la capacidad de autocuidado, la salud percibida y el sentido de coherencia de la siguiente manera: las personas mayores con mayor capacidad de autocuidado tenían más probabilidades de percibir una buena salud y tener un sentido más fuerte de coherencia que aquellos con menor capacidad de autocuidado. También Eriksson y Lindström (2007), tras la revisión de literatura que llevaron a cabo, demostraron que las personas con este tipo de recursos a su disposición tienen una mejor oportunidad de enfrentar los desafíos de la vida. En su investigación, el sentido de coherencia parece tener un impacto en la calidad de vida de las personas mayores: cuanto más fuerte es el sentido de coherencia, mejor es la calidad de vida. Por otro lado, en otro estudio que también analizaba la relación entre el sentido de coherencia con la salud percibida en

mujeres y hombres mayores, se encontró que las personas con un nivel alto de sentido de coherencia, significativamente, lo más importante y por encima de su salud era el aspecto afectivo, lo cual quiere decir que a esta edad también el componente afectivo influye decisivamente en cómo uno se percibe en relación a su salud. Así, una persona satisfecha y feliz tiende más a percibirse más sana que una insatisfecha (Hernández, Ehrenzweig, & Yépez, 2010). Además, en el mencionado estudio, la edad no fue un factor influyente en la autopercepción de la salud ni en el nivel de sentido de coherencia, y dato curioso, tampoco el sexo influyó; tanto hombres como mujeres tuvieron niveles altos de sentido de coherencia y salud percibida (Hernández et al., 2010). El hecho de que la capacidad de autocuidado y el sentido de coherencia estén sincronizados, es decir, las personas que tienen menor capacidad de autocuidado tiene un sentido de coherencia más débil y aquellos que tienen una mayor capacidad de autocuidado tenían un sentido de coherencia más fuerte también fue demostrado por Söderhamn et al. (2008).

En relación a lo anterior, una revisión metaanalítica llevada a cabo por Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis (2014) sobre las experiencias de autocuidado que promueven la salud en las personas mayores, reveló que los que viven en su propio hogar toman decisiones sobre sus actividades de cuidado personal en base a sus actitudes hacia su vida y su futuro, es decir, sobre la base de su orientación en la vida. Según dicho estudio, estas actividades de autocuidado están dirigidas hacia el bienestar integral, la prevención y el tratamiento de los efectos del envejecimiento, la obtención de una sensación de satisfacción y la autorrealización personal. Igualmente, las actividades de autocuidado se resuelven en una red social y relacional que permite a las personas mayores a cuidar de sí mismos y de los demás, o ser atendidos por otros.

Kahana, Kahana y Zhang (2005) sugieren que el pensamiento orientado al futuro, como base motivacional del comportamiento humano, tiene un impacto duradero sobre todo en el comportamiento de promoción de la salud y representa un antecedente disposicional de proactividad preventiva, tal y como se propone en su modelo de envejecimiento exitoso. Por lo tanto, el autocuidado puede verse como una actividad dirigida a un objetivo porque el objetivo es mejorar, mantener o restaurar la salud o el bienestar. Es decir, una orientación hacia el futuro. Implica tener la capacidad de cuidarse a sí mismo para reaccionar ante los síntomas corporales y poder cambiar un estilo de vida personal o una situación de vida en una vida más sana (Söderhamn, 2000).

No obstante, hay que tener presente que el autocuidado para un envejecimiento con éxito supone el cuidado de todas las dimensiones del ser humano: físico, psicológico, emocional, cognitivo, social, cultural, espiritual, etc., y debe darse a lo largo de toda la vida como ya se ha comentado previamente. Implica, por una parte, tener un estilo de vida sano, estar física y mentalmente activos, y por otra, tener contactos sociales con familiares y/o con otros, con el fin de estar satisfechos, motivados para mirar al futuro con optimismo y con un punto de vista positivo (Söderhamn, 2013). En una investigación cualitativa de Söderhamn, Dale y Söderhamn (2013) que fue realizada en Noruega y que pretendía investigar el significado personal para las personas mayores que tienen las habilidades de autocuidado, mostró que para ellos el significado del autocuidado era importante porque implicaba esforzarse y mantenerse activos y se resumía en cuatro temas centrales: el deseo de continuar, el de ser útil para los demás, la autorrealización y la confianza para gestionarse en el futuro.

Al mismo tiempo, aunque la capacidad de autocuidado es una condición necesaria para las actividades de autocuidado, sin embargo, es posible que una persona tenga esta capacidad pero no la use o la implemente en su vida diaria. El significado de implementar la capacidad de autocuidado en actividades de autocuidado entre personas mayores se ha interpretado como autorrealización y autotrascendencia (Söderhamn, 1998). De hecho, en el mencionado estudio noruego anteriormente citado de Söderhamn et al. (2013), a los participantes los recursos de autocuidado les parecía importante implementarlos en su vida porque tenían un deseo de vivir y continuar en la vida, de realizarse a sí mismos, pero también, porque les parecía importante ser de utilidad para otros y tener la confianza para poder manejar los desafíos futuros que la vida les pudiese acontecer. A partir de estos hallazgos, Godfrey et al. (2011), diferencian entre tres tipos de autocuidado: cuidar de sí mismo, cuidar a los demás y cuidar de los demás: en primer lugar, cuidar de sí mismo es asumir la responsabilidad de la propia salud y actualizar los recursos para mejorar, mantener o restablecerla, por ejemplo, luchando para sobrellevar una enfermedad o eligiendo practicar un estilo de vida activo y saludable. En segundo lugar, cuidar a los demás significa estar al tanto de la soledad o de las necesidades de ayuda práctica de otras personas para apoyarlas y ayudarlas. En último lugar, el cuidado de otros se puede aplicar cuando se busca y se lleva a cabo la ayuda médica o personal en parte por otros, a menudo en colaboración con la persona mayor. En este sentido, para las personas mayores, el significado en la vida se relaciona con considerarse a sí mismos con una misión a llevar a cabo, con el fin de encontrar belleza, alegría y felicidad en la vida,

también implica transferir a las generaciones venideras lo que generaciones anteriores habían dejado y tener una fe profundamente arraigada en el cuidado desde el nacimiento hasta la muerte (Jonsén, Norberg, & Lundman, 2015).

Como se ha dicho, entre las variables que la mayoría de estudios identifican como más relacionadas con la capacidad de autocuidado en las personas mayores está la salud percibida, de forma que la mayor implementación de comportamientos de autocuidado implica generalmente una mejor salud percibida. Además, tal y como Söderhamn et al. (2013) explican, entre los factores que la literatura destaca asociados con los comportamientos y habilidades de autocuidado están: la autoeficacia percibida (Kwong & Kwan, 2007), la actividad física (Windle et al., 2010), una orientación positiva en la vida, tener relaciones cercanas (Fagerström, 2010), tener control sobre la propia vida y participar en actividades sociales y el sentido de coherencia.

Los recursos psicológicos en personas de edad, como una forma de autocuidado interno, son cruciales para lograr envejecimiento saludable. Tener autoeficacia, resiliencia, optimismo, confianza y experiencias para sobrellevar las dificultades son ejemplos de recursos psicológicos que pueden determinar un envejecimiento exitoso (Bowling & Iliffe, 2011). La orientación positiva de la vida se considera una dimensión importante del envejecimiento exitoso; se asocia con la satisfacción con la vida, sentirse necesario, tener planes para el futuro, tener entusiasmo por la vida y constituye un recurso de salud interno importante para las personas mayores (Eloranta et al., 2012; Fagerström, 2010). Estas fortalezas internas permiten que las personas mayores perciban una mayor confianza para actualizar e implementar recursos de autocuidado y así manejar los desafíos en el futuro, es decir, poder cuidar de uno mismo o ser atendido por otros en el futuro.

Además, hay que tener en cuenta que ser de utilidad para los demás puede ser una actividad significativa que facilite el mantener la propia salud o bienestar, pues tal y como Sundsli et al. (2013) argumentan, que uno sea útil para los demás es también un comportamiento de autocuidado beneficioso, ya que ofrece oportunidades para las interacciones sociales. Ya hemos hablado de la importancia de las relaciones sociales para el envejecimiento satisfactorio y, en concreto, cuando nos referimos al autocuidado, ciertos estudios han demostrado que las relaciones sociales son importantes para tener una buena calidad de vida porque incluían sentimientos de utilidad para los demás, además de ser

valorados por otros, lo cual a su vez, favorecía la asunción de comportamientos de autocuidado (Söderhamn et al., 2013). Por ejemplo, la interacción social, vivir una vida social activa con vecinos, familiares y amigos, es importante para prevenir estados de ánimo depresivos pues es una forma de ser estimulado y animado. En estos estudios, la sensación de ser necesario para los demás, es un recurso motivador para llevar a cabo las conductas de autocuidado con el fin de ayudar a los demás (Söderhamn et al., 2013).

En suma, las relaciones cercanas y los sentimientos de ser necesarios en la vejez son importantes para su autocuidado personal y deberían ser un enfoque a considerar en la promoción de la salud de las personas mayores (Fagerström, 2010). Esto indica que las mujeres y hombres mayores pueden encontrar un recurso valioso en el trabajo voluntario para otras personas que necesitan ayuda práctica y contacto social, pues al mismo tiempo, les motiva a su propio autocuidado.

Algo semejante ocurre con tener una buena salud mental y sentirse satisfecho con la vida, un tema importante para las personas mayores, dado que permite desarrollar las habilidades necesarias para manejar la vida cotidiana en el propio hogar (Söderhamn, Lindencrona, & Ek, 2000; Sundsli, Söderhamn, Espnes, & Söderhamn, 2012). Así, en la investigación de Räsänen, Kanste, Elo y Kyngäs (2014) se encontraron conexiones entre diferentes estilos de comportamiento de autocuidado y la mayor capacidad funcional, la satisfacción con la vida y la autoestima. En otro estudio llevado a cabo por Sundsli, Söderhamn, Espnes y Söderhamn (2014), también noruego, se asoció positivamente la capacidad de autocuidado con la buena salud percibida, la actividad física, la buena salud mental, no estar en riesgo de desnutrición y la satisfacción con la vida. En cambio, correlacionó negativamente con percibir impotencia, la ansiedad, la edad avanzada y recibir atención domiciliaria. Por lo tanto, mejorar la salud mental es fundamental para establecer y efectuar conductas de autocuidado y mantener así su autonomía (Dale et al., 2012; Sundsli et al., 2014).

Cuando se analiza la influencia de la edad en el autocuidado, se ha encontrado en diversos estudios que la edad es un factor de riesgo para una menor capacidad de autocuidado entre mujeres y hombres mayores. En consecuencia, cuidar de uno mismo puede disminuir a medida que uno envejece como resultado natural del envejecimiento (Haveman-Nies, De Groot, & Van Staveren, 2003; Söderhamn et al., 2000). Diversos estudios correlacionales han observado que las conductas de autocuidado se han asociado con variables sociodemográficas

como la edad, el sexo, el nivel educativo y el nivel de ingresos. Así, una mayor edad se asocia con menor capacidad de autocuidado pues a medida que avanza la edad hay un mayor deterioro físico y de la salud. Por otra parte, las mujeres implementan más conductas de autocuidado que los hombres. Esto puede ser debido a que el papel asignado a las mujeres en la sociedad, especialmente aquellas con roles más tradicionales, es el de ser personas que brindan atención a otros y que por lo tanto, ellas tienen más “experiencia y habilidades” en el cuidado personal. También se ha argumentado que ellas son más sensibles a los cambios y tratan de mantenerse en una condición o estado saludable para, precisamente, seguir cuidando de los otros. Por ejemplo, autores como Clarke & Bennett (2013), concluyeron en su estudio que el autocuidado es una responsabilidad moral que responde a distintas motivaciones según el género: mientras que los hombres tendían a enfatizar la importancia del autocuidado para el logro de los ideales masculinos de control e invulnerabilidad, las mujeres sugirieron que el autocuidado les permitía mantener las normas femeninas de desinterés y sensibilidad a las necesidades de los demás, es decir, para cuidar de otros.

Igualmente, un mayor nivel educativo se asocia con más comportamientos de autocuidado, ya que la educación brinda a las personas las habilidades, recursos y oportunidades para comunicarse con los demás y tener un mayor acceso a la información, especialmente en relación a la salud. Lo que da como resultado tener buenos comportamientos de autocuidado al tener un mayor apoyo social, pues éste juega un factor vital para contribuir a la facilitación de dichos comportamientos. Finalmente, también tener mayores ingresos aumenta la capacidad de autocuidado, pues tener un buen nivel económico permite a las personas acceder a más recursos de salud siendo más probable que sean más saludables que aquellos que ganan menos (Bai, Chiou, & Chang, 2009; Phatharapreeyakul, Kraithaworn, & Piaseu, 2016).

En conclusión, el autocuidado es la práctica de actividades o conductas que las personas emprenden en relación con su salud física, mental, social o espiritual, con el objetivo de la promoción de su salud y de su autonomía, prolongar su desarrollo personal, conservar el bienestar el mayor tiempo posible o incluso, reducir los efectos adversos de las enfermedades. Todo ello con el fin último de tener un envejecimiento pleno y lleno de vitalidad. Podríamos decir que el cuidado personal exitoso implica tener contactos con el sistema de atención médica, ser consciente de un estilo de vida sano, estar activo física y mentalmente, estar

comprometido, tener contactos sociales con la familia y/o con otros, el estar satisfechos, positivos, y ser capaces de mirar hacia el futuro con optimismo (Söderhamn, 2013).

El autocuidado de la salud en todas sus dimensiones durante el envejecimiento representa una parte del envejecimiento activo, saludable y con éxito. La salud en esta etapa vital, es el resultado del estilo de vida que tuvo la persona en sus años previos: si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, tendrá problemas en su vejez; de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en salud en todo el ciclo vital. Los estilos de vida saludables están íntimamente relacionados con las conductas de salud y con los comportamientos de autocuidado, ya que engloban aquellas conductas que las personas adoptan en ausencia de cualquier indicio o síntoma, y que están destinadas a mantenerse bien o a incrementar el estado de bienestar. Ejemplos de tales conductas serían vacunarse, hacer ejercicios, realizar exámenes médicos preventivos, usar cinturón de seguridad, tomar vitaminas y seguir una dieta equilibrada, tener relaciones sociales, tener una orientación positiva en la vida, participar en la sociedad, etc, porque al fin y al cabo, favorecer el envejecimiento activo es lograr que las personas mayores sean capaces de ser autónomos e independientes.

Las personas mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud porque quieren tener buena calidad de vida, ser independientes y obtienen múltiples beneficios para ellos: incrementan la actividad física; incrementan el autocuidado y la capacidad de desarrollar sus actividades de forma independiente; aumentan los contactos sociales y previenen o disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en la tercera edad. Mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social por medio del autocuidado, de la ayuda mutua y autogestión, de la adopción de estilos de vida saludables son los principales objetivos de este paradigma, cuya misión en definitiva, es mejorar la calidad de vida de las personas mayores.





# METODOLOGÍA



## **Capítulo 6**

# **JUSTIFICACIÓN**



La sociedad contemporánea parece estar muy consciente del hecho de que la población mundial está envejeciendo, y está ocurriendo más rápido de lo esperado. Las personas viven más tiempo y consecuentemente este fenómeno conlleva un aumento de la susceptibilidad a la enfermedad y la discapacidad en la vejez. Y a pesar de que somos cada vez más iguales ante la muerte, seguimos siendo muy desiguales tanto en términos de longevidad como de salud o bienestar. Las desigualdades, especialmente socioeconómicas y/o educativas, tiene efectos notables sobre la longevidad, la discapacidad, el funcionamiento cognitivo o la salud mental, incluso sobre el reloj epigenético (Horvath, 2013), es decir, sobre la tasa de envejecimiento de cada persona y el motivo del por qué algunas personas envejecen más rápido que otras. Pero, en base a esto: ¿cuáles son los mecanismos tras estas asociaciones?. Ciertamente, este es un reto y una oportunidad para futuras investigaciones.

Pero el envejecimiento también puede ser un momento vital de salud y vitalidad, lleno de oportunidades y de crecimiento personal, donde las personas mayores contribuyen a la sociedad y se sienten satisfechas. Todos quieren envejecer con éxito. Existe un interés sustancial por comprender lo que constituye el “envejecimiento exitoso”, un concepto que implica procesos de envejecimiento positivos (Katz & Calasanti, 2015; Martin et al., 2015), y que progresivamente se ha convertido en un objetivo importante para las políticas sanitarias y económicas en todo el mundo (Bloom et al., 2015; Pruchno, 2017). Pero, y a pesar de décadas de investigación sobre el tema, todavía no hay un consenso en cuanto a la definición y los criterios que lo constituyen. No obstante, este concepto sugiere ideas clave como la satisfacción con la vida, el bienestar, la salud, los recursos sociales, el dominio y el crecimiento personal, el logro de una vida significativa, el compromiso activo con la vida, la participación, la independencia, etc. Es por ello que la medición efectiva del envejecimiento exitoso, activo y saludable es vital para comprender los desafíos del envejecimiento, informar las posibles intervenciones y monitorear el progreso hacia su logro. En este sentido resulta relevante conocer si estos resultados o significados de lo que es el buen envejecer, varían según los diferentes subgrupos de población mayor, por ejemplo, en función de diferentes parámetros tales como el sexo/género, el estado civil, la edad, la situación laboral, el nivel socioeconómico, la personalidad, etc. Es decir, se trataría de conocer la realidad y la importancia que conceden a las diferentes dimensiones que lo componen en base a diferentes criterios sociodemográficos, ya que el papel del contexto social y las normas sociales pueden ser relevantes en la configuración de los significados del envejecimiento con éxito.

Por otro lado, la producción científica sobre el envejecimiento exitoso, activo y saludable desde una perspectiva de género es aún reciente y relativamente escasa. Si bien resulta inevitable abordar la investigación en envejecimiento desde la perspectiva de género (como categoría social explicativa también socialmente construida), dado que no solo la mayoría de las personas mayores son mujeres, sino que también lo son las personas mayores en situación de vulnerabilidad, ya sea en materia de salud, cuidados, recursos económicos, pensiones, redes familiares y sociales, soledad, etc. La relación entre género y envejecimiento es estrecha. El sexo y el género marcan no sólo nuestro recorrido por la vejez, sino también los recursos y los problemas con los que llegamos a la misma. Sin duda, es posible que envejecer no sea lo mismo para los hombres que para las mujeres, y en este sentido, tener en cuenta la situación diferenciada o igualitaria dependiendo de la pertenencia a uno u otro sexo resulta importante para la explicación de los fenómenos sociales tales como el envejecimiento porque puede revelar diferencias de pensamiento, de rol, de salud, económicas, políticas, laborales, etc. Y es precisamente en la vejez cuando estas diferencias se muestran aún mayores. Se trata de desigualdades que no hacen aparición en las últimas etapas de la vida, sino que se alimentan durante todo el ciclo vital y por tanto son continuas (Fernández-Mayoralas, Schettini, Sánchez-Román, Rojo-Pérez, Agulló, & Forjaz, 2018).

Es por ello que en el estudio del envejecimiento exitoso consideramos que deben integrarse las inequidades de género o sexo, porque pueden fomentar desigualdades en el logro de envejecer positivamente como resultado de una secuencia de acciones y experiencias sociales diferenciadas por sexo, las cuales se inician en edades tempranas y culminan en la vejez. Por ejemplo, desigualdades entre sexos en relación con el disfrute de los derechos, el acceso a los recursos, la participación y a los valores o roles vinculados a uno u otro sexo. De acuerdo con esto, los hombres y las mujeres en la vejez se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social o cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les ha otorgado. Y por tanto, el conocimiento de la realidad y la situación del envejecimiento desde los diversos puntos de vista, es decir hombres y mujeres, es necesario para la profundización analítica y sobre todo para la generación o elaboración políticas pertinentes y eficientes. Para ello, las estadísticas de género son una de las herramientas de análisis y transformación de las desigualdades entre hombres y mujeres. Los indicadores de género permiten recoger y presentar datos desagregados por sexo para identificar y documentar diferencias y desigualdades reales entre géneros y para proyectar en corto y largo plazo necesidades específicas, planear programas, revisar y modificar las normas

institucionales vigentes que incluyan la equidad de género (Calasanti, 2010). Si bien, controlar el sexo en el análisis cuantitativo, simplemente para revelar una variación estadísticamente significativa, no explora realmente cómo influyen los roles de género, nos permite realizar un análisis de situación porque pesan aún en estos aspectos relacionados con el envejecimiento y especialmente en el envejecimiento exitoso, determinados estereotipos de género que afectan de manera negativa a las mujeres por el hecho de hacerse mayores, tales como el aislamiento social, la dejadez, el mayor deterioro, la depresión, etc., y que impiden que puedan acceder de forma completa y adecuada sus derechos. Tal y como Borrell y Artazcoz (2008) indican, la descripción y la investigación sobre las diferencias según sexo y de las desigualdades según género en el envejecimiento, deben tener en cuenta tanto a las mujeres como a los hombres y, siempre que sea posible, deben realizarse análisis separados por sexo para poder entender la naturaleza del género como un concepto multidimensional.

Por todo ello, se pretende con este estudio, analizar las desigualdades o diferencias existentes en relación al sexo/género en el envejecimiento, con sus desafíos y retos, y que tanto hombres como mujeres tienen que resolver en esta etapa de la vida si quieren enfrentarse de un modo positivo, exitoso, óptimo y satisfactorio a ella. Se pretende, a su vez, que este conocimiento permita visibilizar y a la vez sea transformador de su propia realidad, la cual viene condicionada por la forma en que las propias personas mayores perciben el envejecimiento, es decir, en cómo interpretan su propio envejecimiento y en cómo la visión social que se tiene, en particular del envejecimiento femenino, les limita y condiciona o por el contrario les potencia o revaloriza. Consideramos que difundir la imagen real de las mujeres y de los hombres mayores es una oportunidad para comprender mejor el significado que otorgan a envejecer de forma exitosa.

Otro punto a considerar, es que existe una gran variedad de modelos y enfoques teóricos para definir y explicar el envejecimiento exitoso, pero de entre los modelos orientados al proceso, destaca por su amplitud, el Modelo Proactivo, Preventivo y Correctivo (*Preventive Corrective Proactive*, PCP) propuesto por Kahana et al. (2014, 2012). Se trata de un modelo orientado a los procesos que enfatiza los mecanismos sociales y psicológicos compensatorios para hacer frente a las disminuciones relacionadas con la edad, reconociendo el importante papel que tanto la participación social como la contribución a la sociedad tiene al bienestar en el envejecimiento. Desde este planteamiento teórico, se subraya el valor de las actitudes altruistas y las conductas prosociales como importantes predictores adicionales, para fomentar

la satisfacción con la vida y el envejecimiento positivo. Las actitudes altruistas se refieren a preocupaciones orientadas por el bienestar de los demás, motivadas por la generatividad y por la necesidad de una conexión humana significativa (Kahana et al., 2013).

En la última revisión de este modelo, el *Modelo Integral de Adaptación Proactiva* (Kahana et al., 2014), incluyen el altruismo como un componente que forma parte de los recursos internos de los que dispone la persona y se refieren a las disposiciones o actitudes que pueden promover las adaptaciones proactivas. Éstas, las adaptaciones proactivas, son aquellos comportamientos, ya sean de carácter preventivo o correctivo, que pueden reducir los efectos adversos de los factores estresantes asociados a la edad e influir positivamente así en la calidad de vida. Estos autores, en su modelo, incluyen el “ayudar a otros” como una manifestación de adaptación proactiva preventiva, dado que contribuyen a los resultados positivos y al mantenimiento del bienestar psicológico en la vejez, incluso frente a los factores estresantes normativos asociados con el envejecimiento. Además, tanto las actitudes altruistas como los comportamientos de ayuda son manifestaciones importantes de generatividad. Erikson (Erikson, 1963; Erikson & Erikson, 1998), planteó la generatividad como una tarea clave del desarrollo durante el envejecimiento e introdujo el concepto de “*grand generativity*” o “*generatividad en la vejez*”. Este concepto se refiere a las diversas formas en que las personas mayores ayudan a los otros, ya sea como padres, como amigos, como mentores, etc, a la vez que aceptan la ayuda de los otros (Erikson et al., 1989), es decir, en un sentido más amplio se trataría por una preocupación y compromiso por las necesidades de los otros. La capacidad de ayudar a otros y de obtener satisfacción de tales acciones, trasciende un futuro personal y permite mantener un sentido o significado en la vida que, a su vez, fomenta el bienestar psicológico (Triadó, 2018). Así, la generatividad se puede expresar a partir de actividades muy variadas: el voluntariado, la participación social, política y cívica, el desarrollo personal de las personas mayores a lo largo de la vida, el cuidado de las personas mayores a familiares con dependencia, el papel de las personas mayores en el cuidado y educación de los nietos, etc.

En un principio, la literatura sobre el envejecimiento con éxito se ha centrado en el valor que supone recibir ayuda como un componente central del apoyo social, pero se ha centrado mucho menos en los potenciales beneficios que supone el proporcionar ayuda informal para la persona que ofrece la ayuda en su propio envejecimiento. En este sentido, se ha encontrado, por ejemplo, que el brindar apoyo informal es más beneficioso para las personas mayores que

recibirlo, pues mejora los estados afectivos positivos y la satisfacción con la vida (Kahana et al., 2013; Lloyd et al., 2016). Si bien, durante décadas, la sobrecarga del cuidador (psicológica y física) se ha considerado como un resultado inevitable derivado de brindar atención a los familiares, seres queridos y otras personas que requieren asistencia, y esta evaluación negativa del cuidado muchas veces es injustificada. Ya que, como se ha visto, el cuidado informal también puede producir resultados beneficiosos para la salud y el bienestar, incluida la reducción de la mortalidad (Brown & Brown, 2014). El potencial de las personas mayores va más allá, y para muchas, conseguir un buen envejecimiento implica no solo sentirse bien, sino también ser capaz de realizar contribuciones significativas en sus familias (mediante el cuidado de otros), comunidad, o en sentido más amplio, en la sociedad. En consecuencia, la generatividad en la vejez da contenido y sentido al concepto de envejecimiento activo y saludable o con éxito (Triadó, 2018).

Hoy en día, el envejecimiento de la población y otros cambios sociodemográficos, tales como de que haya más mujeres en el mercado laboral y también a los mayores niveles de divorcios y separaciones, sugieren que es probable que las personas mayores desempeñen un papel cada vez más importante en la vida familiar. Sobre todo, destaca el relevante papel que desempeñan las personas mayores como proveedores de cuidado informal, ya sea cuidando a familiares dependientes o bien cuidando de sus nietos. Teniendo en cuenta su considerable valor social (económico y no económico), consideramos importante incluir estas actividades en las evaluaciones de las personas mayores y de cómo éstas influyen en el envejecimiento exitoso, activo y saludable, porque por ejemplo, el brindar atención a los nietos se ha asociado con mayor bienestar subjetivo en la mayoría de las personas mayores europeas (Arpino et al., 2018). Y lo mismo se podría decir del cuidado a personas dependientes. Así pues, podemos hablar también de que el interés y acción generativa en la vejez, son aspectos que además de contribuir al bien común, pueden revertir también en beneficios personales para las personas mayores.

Por otro lado, en todo el mundo, las mujeres son los proveedores predominantes de la atención informal para familiares y también en la ayuda intergeneracional, focalizada en el cuidado de los nietos/as (Glaser & Hank, 2018). Esto es debido en parte, a que existen varias demandas sociales y culturales asociadas a los roles de género para que las mujeres adopten el papel de cuidadoras en la familia (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). Siendo una de las consecuencias derivadas de los roles de género tradicionalmente femeninos, la escasa

valoración social de la labor de cuidado, especialmente cuando la cuidadora es una mujer, a causa de la presunción de que forma parte de sus obligaciones, de modo que ellas, las mujeres, tienen más probabilidades de estar expuestas a los factores estresantes que en ocasiones conlleva la prestación de cuidados, y es probable que perciban, informen y manejen estos factores estresantes de manera diferente a los hombres. Además, en la mayoría de los estudios que abordan el tema del cuidado informal de las personas mayores, prevalecen los estudios únicamente centrados en mujeres, aproximaciones que, aun cuando se refieren realizados desde un enfoque de género, centran su atención de manera exclusiva en las experiencias de las mujeres omitiendo el conocimiento de la experiencia de los varones, lo que sesga el conocimiento del fenómeno (Rangel et al., 2017), evitando la comparación. Con los cambios demográficos y de las normas sociales, los hombres asumen cada vez más roles de cuidadores. Sin embargo, la experiencia de los hombres al brindar atención no ha sido explorada adecuadamente. Los hombres empiezan a asumir nuevos papeles de cuidados, con los condicionantes de ser al final de su vida, con falta de experiencia en la tarea y no habiendo sido preparados culturalmente en ello. Y esta tendencia viene determinada más por evolución demográfica (evolución de la supervivencia) de las actuales generaciones de personas mayores que por resultado de políticas de género aplicadas. En definitiva, la vejez iguala en tareas de cuidado a quien cuidó y a quien no lo hizo antes (Abellán, 2019). Por eso, también nuestro objetivo es examinar el impacto que el cuidado informal tiene en la salud y bienestar de las personas mayores, tanto del cuidado de los nietos como el cuidado a familiares dependientes, y ver si el sexo/género interacciona afectando a los resultados de manera diferencial según el sexo de los cuidadores/as.

Desde una perspectiva demográfica, el perfil de las personas mayores está cambiando paulatinamente y, cada vez más, las personas mayores tienen mejor salud y esperanza de vida, disponen de más tiempo libre tras la jubilación y se implican en mayor medida en actividades que antes no podían realizar. Un perfil de personas mayores activas y comprometidas, con un nivel educativo más alto que en tiempos pasados y más interesadas en posteriores aprendizajes. Es por ello que para realizar esta investigación y conocer el significado de lo que es envejecer exitosamente en nuestro contexto social, hemos optado por un perfil de personas mayores que represente un grupo cuyo perfil corresponda a lo que llamamos “envejecimiento activo, saludable y con éxito”, y las personas mayores que asisten a Programas Universitarios para mayores, son un tipo de persona mayor especialmente activa,

participativa, con intereses e inquietudes, y que vive su jubilación como un momento para reemprender aprendizajes que tuvieron que renunciar o para abordar nuevos desafíos.



## **Capítulo 7**

# **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



## 7.1. Objetivos

### 7.1.1. Generales (OG):

OG1. Revisar la literatura sobre la investigación en relación con las diferencias de Sexo/genero en los indicadores y/o componentes del envejecimiento con éxito, activo y saludable: Recursos sociales, Bienestar y Satisfacción vital, Salud y Soledad o Aislamiento social.

OG2. Revisar la literatura en relación al Cuidado informal y de los cuidadores mayores de 50 años.

OG3. El objetivo general (OG) fue identificar y evaluar potenciales predictores o factores que influyen en el envejecimiento con éxito en personas mayores de 50 años.

Para ello se formularon los siguientes objetivos específicos

### 7.1.2. Específicos (OE):

OE1.1 Describir el estado del arte del concepto envejecimiento con éxito, activo y saludable, y del constructo Satisfacción con la vida, Bienestar Psicológico, Soledad y Aislamiento social, Apoyo social, Red social, Salud percibida, Autocuidado y Depresión.

OE1.2. Describir el estado del arte en cuanto a las diferencias de Sexo/género en el envejecimiento activo y saludable o con éxito.

OE2.1. Describir el estado del arte del concepto de Cuidado informal y Generatividad en las personas mayores y su relación con el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.1. Analizar las relaciones entre variables sociodemográficas (Sexo, Edad, Estado Civil y Situación Laboral actual) y el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.1.1. Analizar las relaciones entre el Sexo y los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.1.2. Analizar las relaciones entre el Estado Civil y los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.1.3. Analizar las relaciones entre la Edad y los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.1.4. Analizar las relaciones entre la Situación Laboral y los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.2. Analizar y explorar la calidad de la red familiar y las relaciones con el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.2.1. Explorar la calidad de las relaciones familiares y redes sociales, teniendo en cuenta su tamaño o miembros de la red familiar (Hijos, Nietos y Padres Vivos) y cómo se relaciona con los indicadores de envejecimiento con éxito.

OE3.2.2. Explorar la calidad de las relaciones familiares y redes sociales, teniendo en cuenta la frecuencia de contacto con los miembros de la red familiar (Hijos, Nietos y Padres Vivos) y cómo se relaciona con los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.3. Analizar las relaciones entre el cuidado informal (Cuidado de familiares dependientes y Cuidado de nietos) y el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.3.1. Analizar las relaciones entre la frecuencia de cuidado a familiares dependientes y los indicadores de envejecimiento con éxito.

OE3.3.2. Analizar las relaciones entre la frecuencia de cuidado a los nietos y los indicadores de envejecimiento con éxito.

OE3.4. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el resto de variables independientes (Edad, Estado Civil, Situación Laboral, Cuidado a familiares dependientes y Cuidado de nietos) y su influencia en el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.4.1 Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y la Edad y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.4.2. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el Estado Civil y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.4.3. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y la Situación Laboral y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.4.4. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el Cuidado a familiares dependientes y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.4.5. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el Cuidado de nietos y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

OE3.5. Proponer un modelo teórico integrado para predecir el envejecimiento exitoso que integre el cuidado como expresión de generatividad como un posible predictor.

## **7.2. Hipótesis**

Además, se plantearon las siguientes hipótesis para cada una de las categorías de análisis:

### **7.2.1. Relaciones entre el Sexo y el envejecimiento con éxito**

H3.1.1.1. Habrá diferencias de sexo en el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales.

H3.1.1.2. No habrá diferencias significativas entre hombres y mujeres en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.1.1.3. Habrá diferencias significativas entre mujeres y hombres en Salud.

H3.1.1.4. Habrá diferencias entre hombres y mujeres en Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.2. Relaciones entre el Estado Civil y el envejecimiento con éxito**

H3.1.2.1. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Recursos Sociales.

H3.1.2.2. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Bienestar y Satisfacción con la vida.

H3.1.2.3. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Salud.

H3.1.2.4. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.3. Relaciones entre la Edad y el envejecimiento con éxito**

H3.1.3.1. Habrá diferencias en función de la Edad en Recursos Sociales.

H3.1.3.2. No habrá diferencias en función de la Edad en Bienestar y Satisfacción vital.

H3.1.3.3. Habrá diferencias en función de la Edad en Salud.

H3.1.3.4. Habrá diferencias en función de la Edad en Soledad y Aislamiento social.

#### **7.2.4. Relaciones entre la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito**

H3.1.4.1. Habrá diferencias en función de la Situación laboral en el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales.

H3.1.4.2. Habrá diferencias significativas en función de la Situación Laboral en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.1.4.3. Habrá diferencias significativas en función de la Situación Laboral en Salud.

H3.1.4.4. No habrá diferencias en función de la Situación Laboral en Soledad y Aislamiento social.

#### **7.2.5. Relaciones entre el tamaño o miembros de la red familiar y el envejecimiento con éxito**

H3.2.1.1. Una red de familiares más grande se relacionará con niveles más elevados de Recursos Sociales: Apoyo social y Red Social.

H3.2.1.2. Una red de apoyo social de familiares más grande se relacionará con niveles más elevados de Bienestar y Satisfacción con la vida.

H3.2.1.3. Una red de apoyo social de familiares más reducida se relacionará con niveles más elevados de Depresión y niveles más bajos de Salud percibida y Autocuidado.

H3.2.1.4. Una red de apoyo social de familiares más reducida se relacionará con niveles más elevados de Soledad y Aislamiento social.

#### **7.2.6. Relaciones entre la frecuencia de contacto con la red familiar y el envejecimiento con éxito**

H3.2.2.1. Una mayor frecuencia de contacto con los Hijos se relacionará positivamente con la percepción de Recursos sociales, Satisfacción con la vida Bienestar Psicológico, Salud y menor Soledad y Aislamiento social.

H3.2.2.2. Una mayor frecuencia de contacto con los Nietos se relacionará positivamente con mayor percepción de Recursos Sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud y menor Soledad y Aislamiento social.

H3.2.2.3. Una mayor frecuencia de contacto con los Padres que viven se relacionará negativamente con Recursos Sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud percibida, Autocuidado y positivamente con Depresión, Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.7. Relaciones entre el Cuidado a familiares dependientes y el envejecimiento con éxito**

H3.3.1.1. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Recursos Sociales.

H3.3.1.2. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en Bienestar Psicológico y Satisfacción vital.

H3.3.1.3. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Salud.

H3.3.1.4. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Soledad y Aislamiento social

### **7.2.8. Relaciones entre el Cuidado de nietos y el envejecimiento con éxito**

H3.3.2.1. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Recursos Sociales.

H3.3.2.2. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Satisfacción vital y Bienestar Psicológico.

H3.3.2.3. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Salud.

H3.3.2.4. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en percepción de Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.9. Efectos de interacción del Sexo con la Edad y el envejecimiento con éxito**

H3.4.1.1. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Recursos Sociales.

H3.4.1.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital.

H3.4.1.3. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Salud.

H3.4.1.4. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.10. Efectos de interacción del Sexo con el Estado Civil y el envejecimiento con éxito**

H3.4.2.1. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Recursos Sociales.

H3.4.2.2. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.2.3. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Salud.

H3.4.2.4. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Soledad y Aislamiento social.

### **7.2.11. Efectos de interacción del Sexo con la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito**

H3.4.3.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Recursos sociales.

H3.4.3.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.3.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Salud.

H3.4.3.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Soledad y Aislamiento social.

**7.2.12. Efectos de interacción del Sexo con el Cuidado a familiares dependientes y el envejecimiento con éxito**

H3.4.4.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de familiares dependientes en Recursos Sociales.

H3.4.4.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.4.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes en Salud.

H3.4.4.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes en Soledad y Aislamiento social.

**7.2.13. Efectos de interacción del Sexo con el Cuidado de nietos y el envejecimiento con éxito**

H3.4.4.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Recursos Sociales.

H3.4.4.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.4.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Salud.

H3.4.4.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Soledad y Aislamiento social.



# Capítulo 8

# MÉTODO

*“No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”*

Aristóteles (383 a.c-322 a.c)

Filósofo, polímata y científico griego



Este capítulo aborda cuestiones de orden empírico, tales como el procedimiento y la muestra, así como los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables. También presentaremos los análisis de los datos para la consecución de los objetivos, hipótesis y diseño de investigación planteados.

### **8.1. Diseño de investigación**

En la presente tesis doctoral se utilizó un diseño transversal y retrospectivo. En general, en los diseños de investigación transversal se recogen datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia y/o interrelación en un momento dado, es decir, examinar la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento de tiempo determinado.

Partiendo de estas consideraciones previas, los datos que se presentan se han extraído del segundo momento temporal de la base de datos del proyecto Longitudinal Older Learners-LOL España, que se está llevando a cabo en la Universitat de València. Se trata de un proyecto que sigue un diseño de encuesta longitudinal, en el que se mide una muestra hasta en tres momentos temporales: las encuestas se pasaron a principio, mitad y final del año académico 2014-2015. El principal objetivo de este proyecto es el estudio del envejecimiento con éxito, activo y saludable en personas mayores que acuden a programas educativos universitarios y estudiar su bienestar socioemocional y cognitivo, es decir, demostrar que los Programas de Aprendizaje a lo largo de la vida (Lifelong learning) proporcionan oportunidades y apoyo para estimular en las personas mayores su participación social y fomentar así conductas de salud, mejorando su calidad de vida y bienestar.

### **8.2. Procedimiento**

En primer lugar se obtuvo el permiso del Comité de Bioética para encuestar a una muestra de los estudiantes del Programa *Universitat i Societat* (Universidad de Mayores) de la Universitat de València (España), donde se imparte formación universitaria continuada para mayores. Todos los estudiantes de la Universidad firmaron el consentimiento informado.

El programa universitario para mayores de la Universitat de València, está dirigido a personas de más de 50 años con ganas de aprender y motivación por la cultura. Permite a las personas mayores acceder como alumnos en la Universitat de València y pretende ofrecerles a su vez, la oportunidad de participar como estudiantes en las actividades propias de la vida

universitaria: participando activamente de los conocimientos, la cultura, la investigación y el debate. Los PUM han cumplido desde sus inicios una importante función cultural y socializadora, desde una perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización (Valle-Aparicio, 2014).

De todos los centros en donde la Universitat de València tiene implantado el programa universitario para mayores (actualmente 12) se seleccionaron los centros de Cullera, Gandia, la Eliana, Massamagrell, Ontinyent y Quart de Poblet.

Por lo que respecta a esta investigación en particular, se recabaron datos de variables sociodemográficas y diversas escalas para evaluar variables de tipo sociológico y psicológico. La información se recogió con un cuestionario que se entregó en formato papel y que tenía cuatro páginas (Anexo 1), encabezado por el título “Bienestar en personas Adultas-T2”, haciendo referencia al propósito general de la investigación y al momento temporal. El formulario comenzaba con una recogida de datos demográficos (edad, sexo, estado civil, situación laboral, miembros de la unidad familiar) y después continuaba con los bloques de ítems que constituían las diferentes escalas. Los participantes debían marcar con una X en el recuadro correspondiente a la columna encabezada por la categoría que se ajustara mejor a su respuesta. Todas las cuestiones se respondían con escala tipo Likert y las categorías estaban ordenadas siempre de menor a mayor frecuencia o acuerdo, independientemente del número de anclajes o de las etiquetas de las categorías.

Fueron administrados en las aulas por encuestadores entrenados, capaces de resolver las dudas de los participantes. En un primer término, se explicó a los participantes el proyecto y el objeto de la investigación, la manera de registrar las respuestas, así como que el tratamiento de los datos sería confidencial y con fines exclusivamente relacionados con el objeto de estudio. Además, la persona encargada del pase, explicó que el tiempo estimado necesario para responder al cuestionario era de aproximadamente 45 minutos, aunque sobre este aspecto hubo mucha variabilidad entre los participantes, debido a las diversas condiciones y habilidades de lectoescritura de los participantes. Se informó de la voluntariedad de su participación a todos los participantes, así como del anonimato y confidencialidad de los datos recogidos.

### 8.3. Participantes

En este estudio, finalmente, se recogieron datos de 652 personas mayores que contestaron los cuestionarios y cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener 50 o más años de edad y estar matriculado/a cursando estudios en alguna de las sedes del programa universitario para mayores de la Universitat de València. La selección de la muestra tuvo un eminente carácter incidental. Se consideraron como variables sociodemográficas: la edad, el sexo, el estado civil, la situación laboral y la situación de cuidado inferido a través de indicadores de frecuencia de contacto con ascendientes y descendientes. Finalmente, tras descartar valores perdidos, participaron 432 mujeres (66.3%) y 196 hombres (30.1%), todos ellos de edades comprendidas entre 50 y 80 años. La edad media de los participantes fue de 63.12 años, con una desviación típica de 6.68 años (ver Figuras 17 y 18).

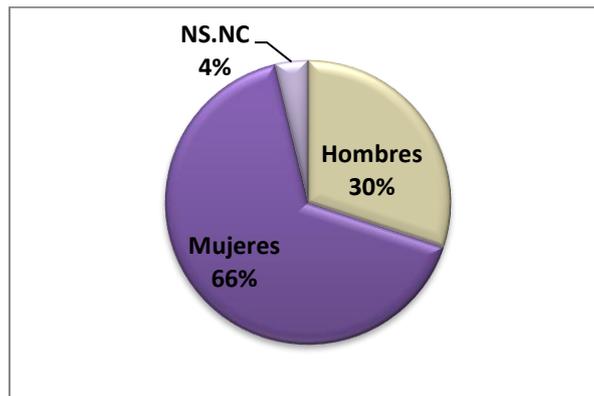


Figura 17. Gráfico de sectores de la distribución por Sexos.

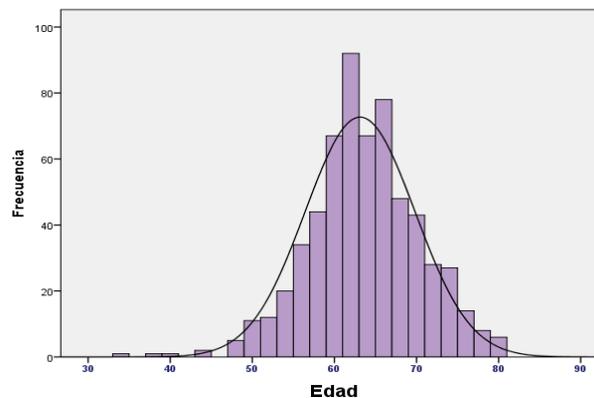


Figura 18. Histograma distribución según la Edad.

En relación a la distribución de la muestra en función del Sexo y la Edad, el 51.6% de los hombres eran mayores de 65 años, el 31.1% tenía entre 60 y 64 años y el 17.4% señaló tener hasta 59 años. En cambio, en las mujeres, el 31.7% tenía hasta 59 años, el 32% tenía entre 60 y 64 años y el 36.3% era mayor de 65 años (ver Tabla 2 y Figura 19).

Tabla 2. Tabla de contingencia Sexo \* Edad2.

		Edad2			Total	
		Hasta 59 años	60-64	65 o más años		
Sexo	Hombre	Recuento	33	59	98	190
		% dentro de Sexo	17.4%	31.1%	51.6%	100%
Sexo	Mujer	Recuento	131	132	150	413
		% dentro de Sexo	31.7%	32.0%	36.3%	100%
Total		Recuento	164	191	248	603
		% dentro de Sexo	27.2%	31.7%	41.1%	100%

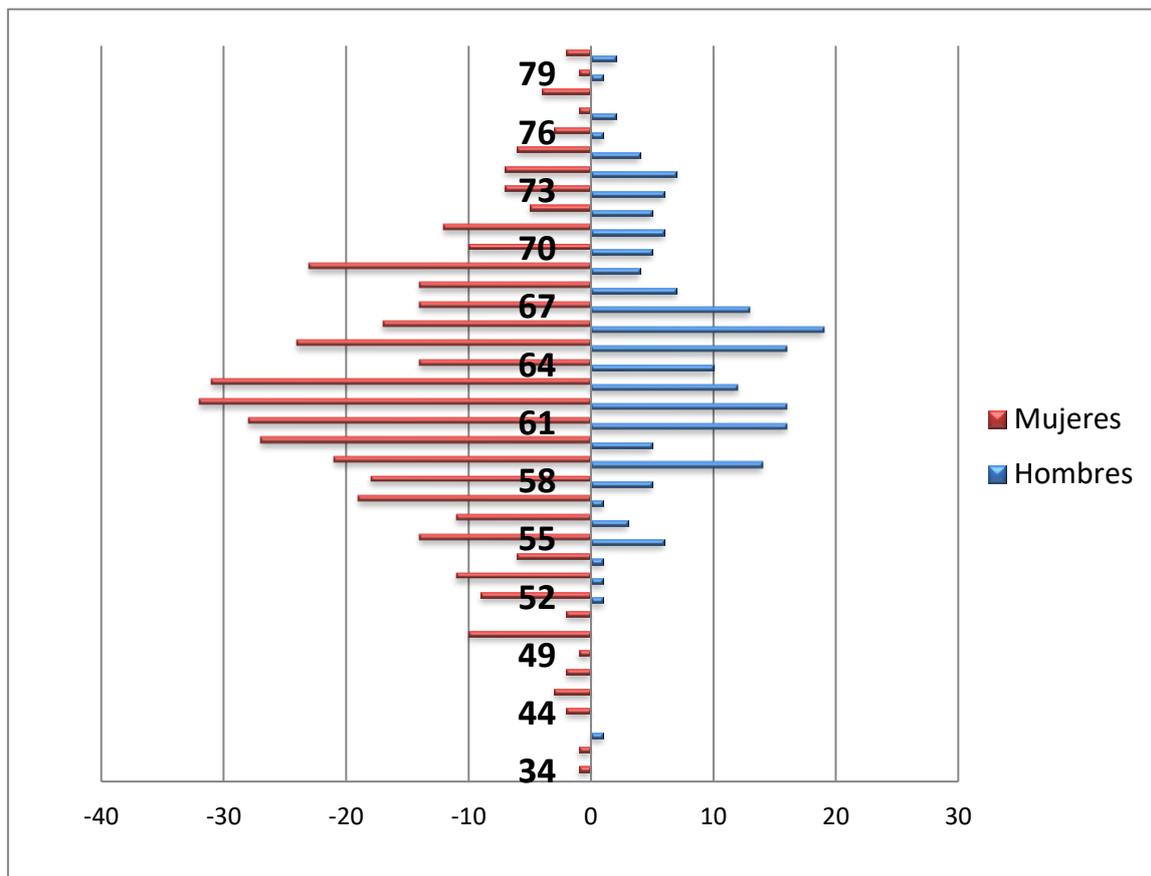


Figura 19. Diagrama de barras de la distribución de casos según el Sexo y la Edad.

Tabla 3. *Tabla de contingencia Sexo \* Estado Civil.*

		Estado civil				Total	
		Casado	Soltero	Divorciado/separado	Viudo		
Sexo	Hombre	Recuento	167	9	13	5	194
	% dentro de Sexo	86.1%	4.6%	6.7%	2.6%	100%	
Sexo	Mujer	Recuento	291	46	31	59	427
	% dentro de Sexo	68.1%	10.8%	7.3%	13.8%	100%	
Total	Recuento	458	55	44	64	621	
	% dentro de Sexo	73.8%	8.9%	7.1%	10.3%	100%	

Por otra parte, respecto a la distribución de la muestra en cuanto al Sexo y el Estado Civil, concretamente entre los hombres, el 86.1% estaba casado, el 4.6% era soltero, el 6.7% era divorciado o separado y finalmente sólo el 2.6% era viudo. Mientras que en las mujeres, el 68.1% señalaba que estaba casada, el 10.8% solteras, el 7.3% estaba separados o divorciada y el 10.3% era viuda (ver Tabla 3 y Figura 20).

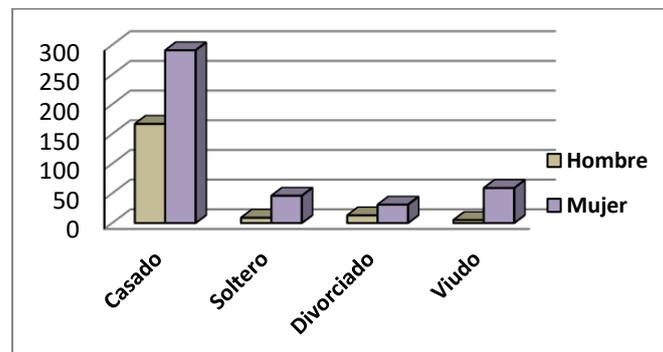


Figura 20. Diagrama de barras de la distribución de los participantes según el Sexo y el Estado Civil.

En cuanto a la distribución de la muestra en función del Sexo y la Situación laboral actual, los datos fueron los siguientes: la mayoría de los hombres estaba jubilado (82.7%), mientras que el 7.3% estaba trabajando en la actualidad, el 8.4% estaba desempleado, sólo el 0.5% informaba de invalidez y el 1% indicaba que se dedicaba a las tareas del hogar. Para las mujeres, la distribución es similar aunque con pequeñas variaciones, la mayoría informaba estar jubilada (el 59%), el 10.6% estaba trabajando, el 17.9% estaba en situación de desempleo, sólo el 1% de las mujeres señalaba que estaba en situación de invalidez y finalmente el 11.4% indicó ser ama de casa (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Tabla de contingencia Sexo \* Situación Laboral actual.*

		Situación laboral actual					Total	
		Trabaja	Desempleado/a	Invalidez	Jubilado/a	Amo/a de casa		
Sexo	Hombre	Recuento	14	16	1	158	2	191
		% dentro de Sexo	7.3%	8.4%	0.5%	82.7%	1.0%	100%
Sexo	Mujer	Recuento	41	69	4	227	44	385
		% dentro de Sexo	10.6%	17.9%	1.0%	59.0%	11.4%	100%
Total		Recuento	55	85	5	385	46	576
		% dentro de Sexo	9.5%	14.8%	0.9%	66.8%	8.0%	100%

Seguidamente, pasaremos a describir la situación de cuidado y apoyo inferido a través de indicadores de número y frecuencia de contacto con ascendientes y descendientes. En relación al Número de Hijos, variable importante como potencial fuente de apoyo social familiar, en la muestra el rango va desde “ningún hijo” (1.9%) hasta dos casos de 9 hijos. Pero el 52.9% de los participantes, indican que tienen dos hijos, el 13.7% informan de un solo hijo, el 21.6% tienen 3 y el 10% de los participantes informan de tener más de 4 hijos. En relación al Número de Nietos, el rango abarca de 0 nietos (15% de los sujetos no tienen nietos), hasta el valor máximo registrado que corresponde a 10 nietos (0.6%). Del total de la muestra, el 85% tenía nietos y el 25.1% informaban de tener un solo nieto y el 25.4% tenían 2 en el momento del pase del cuestionario. En último lugar, en relación al Número de Padres Vivos, los datos muestran que más de la mitad de las personas de la muestra tiene todavía un padre o madre vivo (54%: uno vivo 47%; dos vivos 6.3%). Cerca del 46% informó de no tener ya a los padres con vida.

En cuanto a la Frecuencia de contacto con los Hijos ya adultos, tal y como se observa en la Tabla 5, el contacto es frecuente y cotidiano, prácticamente a diario, sobre todo para las mujeres (48.9%), para los hombres la gran mayoría el contacto es semanal (46%). En relación a la Frecuencia de contacto con los Nietos, también en este caso los contactos son frecuentes o bien diarios o bien semanales, y como se aprecia en la Tabla 5, los hombres mayoritariamente (47.2%) tienen contacto con sus nietos semanalmente, mientras que las mujeres el porcentaje de contacto diario es mayor (31.3%) que en los hombres. Por último en cuanto a la Frecuencia de contacto con los Padres Vivos, el contacto diario es mayor para el grupo de mujeres (34.3%) que para los hombres (14.9%), quizás un reflejo de los roles de género en relación al cuidado. Destaca también el alto porcentaje de participantes que teniendo algún progenitor

vivo nunca tenga contacto, pues en particular, el 36% de los hombres manifiestan que nunca se relacionan con sus padres ya muy mayores, mientras que el 22.7% de las mujeres informan de lo mismo.

Tabla 5. Medias y Frecuencias de contacto con Hijos, Nietos y Padres Vivos.

Contacto Hijos								
	Media	DT	N	Frecuencias			Contacto %	
				Diario	Semana	Mes	Año	Nunca
Hombre	3.10	.88	181	35.9	46.4	11	5.5	1.1
Mujer	3.23	.96	379	48.5	34.3	11.6	2.4	3.2

Contacto Nietos								
	Media	DT	N	Frecuencias			Contacto %	
				Diario	Semana	Mes	Año	Nunca
Hombre	2.74	1.24	125	27.2	47.2	9.6	4	12
Mujer	2.76	1.99	227	31.3	35.2	21.1	3.1	9.3

Contacto Padres Vivos								
	Media	DT	N	Frecuencias			Contacto %	
				Diario	Semana	Mes	Año	Nunca
Hombre	1.81	1.55	74	14.9	29.7	13.5	5.4	36.5
Mujer	2.51	1.54	172	34.3	31.4	8.1	3.5	22.7

Nota: DT= Desviación Típica; N= tamaño muestral; % porcentaje.

## 8.4.- Instrumentos de Medida

Para alcanzar los diferentes objetivos que guían esta investigación, obtuvimos datos sociodemográficos de los participantes del estudio. En concreto, el cuestionario recogía información de variables descriptoras (sexo, edad, estado civil, situación laboral y situación de cuidado inferido a través de indicadores de frecuencia de contacto con ascendientes y descendientes). Además de algunos indicadores ad-hoc como el uso de tecnología, participación social y beneficios de la formación en la UV (ver Anexo).

Además de los datos sociodemográficos ya mencionados, para el desarrollo del estudio se utilizaron diversos instrumentos de medida de variables psicosociales. Entre las variables incluidas en el estudio como componentes del envejecimiento activo y saludable o con éxito y como constructo multidimensional, se incluyeron cuatro dominios, como los Recursos Sociales, el Bienestar Psicológico y la Satisfacción con la vida, la Salud y la Soledad y Aislamiento social. A continuación, se resumen estas medidas utilizadas como herramientas de evaluación del envejecimiento satisfactorio, que para facilitar su descripción las clasificamos en cuatro grupos, en función de los objetivos y análisis propuestos en el estudio:

***Grupo 1: Recursos Sociales***

- Apoyo Social Funcional
  - Apoyo Social Confidencial
  - Apoyo Social Afectivo
- Red Social y Estructural

***Grupo 2: Bienestar y Satisfacción vital***

- Bienestar Psicológico
  - Autonomía
  - Dominio del entorno (Environmental mastery)
  - Crecimiento personal
  - Relaciones Positivas con otros
  - Propósito en la vida
  - Autoaceptación
- Satisfacción con la vida
  - Satisfacción con la Vida Pasada
  - Satisfacción con la Vida Presente
  - Satisfacción con la Vida Futura

***Grupo 3: Salud***

- Salud Percibida
- Depresión
- Autocuidado
  - Autocuidado Físico
  - Autocuidado Social
  - Autocuidado Interno

***Grupo 4: Soledad y Aislamiento***

- Soledad
  - Soledad Social
  - Soledad Emocional

- Aislamiento
  - Aislamiento
  - Rasgo Soledad
  - Conexión Social

#### **8.4.1. Variables Sociodemográficas e indicadores ad-hoc**

Como se ha señalado anteriormente, el cuestionario de bienestar en personas adultas se constituye en dos partes diferenciadas: las preguntas sociodemográficas y descriptivos personales (indicadores ad-hoc) y un segundo bloque compuesto de escalas psicológicas para evaluar diferentes aspectos relacionados con el envejecimiento y el bienestar.

Como variables independientes (explicativas o predictoras) consideradas en este estudio como determinantes del envejecimiento activo, exitoso y saludable se utilizaron las variables sociodemográficas consideradas como las más consistentes en base a la literatura sobre el tema: Sexo/género, Edad, Estado Civil y Situación Laboral actual. Por otra parte, también se utilizaron como variables explicativas el número y la frecuencia de contacto con familiares ascendientes y descendientes (hijos, nietos y padres vivos) para inferir en qué medida el contacto con familiares influye o afecta en mayor o menor medida en estos indicadores del envejecimiento positivo y satisfactorio. Finalmente, para determinar cómo las actividades de cuidado informal pueden influir en los componentes seleccionados en esta investigación, se utilizaron dos indicadores incluidos en los ítems ad-hoc seleccionados para evaluar la participación social: el Cuidado de familiares dependientes (ítem 2: “Frecuencia de realización de la tarea de cuidado a familiares dependientes”) y el Cuidado de nietos (ítem 3: “Frecuencia de realización de la tarea de cuidado de nietos”).

Las variables sociodemográficas estaban recogidas en la primera parte del cuestionario, donde se anotaba la edad en años y se marcaba con una X en la categoría que mejor se ajustaba a la situación actual. Con respecto a este último dato, y pese a que en primera instancia se registró la Edad de forma cuantitativa, para este estudio se recodificó la edad en diferentes grupos: una primera recodificación (etiquetada como Edad 2) que estaba formada por 3 subcategorías: “Hasta 59 años”, “de 60 a 64 años” y “de 65 o más años”; y una segunda recodificación (etiquetada como Edad 3) que se categorizó en “64 años o menos” vs “65 años o más”. Esta última categorización en dos subgrupos responde al interés cualitativo de estudiar las diferencias entre las personas más mayores (un segmento en crecimiento en la

población) y las más jóvenes. Diversos son los criterios que se han empleado como punto de corte para diferenciar estos subgrupos, pero especialmente esta clasificación atiende al hecho de que los 65 años, es la edad ordinaria de acceso a la jubilación en población española, un período de transición y adaptación que constituye un hito en la vejez para la mayoría de las personas. Sin embargo y tras la reforma legislativa que busca garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones públicas, esta edad de 65 años se está viendo incrementada de manera paulatina entre 2013 y 2027, fecha en la que la edad ordinaria de jubilación será a los 67 años.

En cuanto a la variable Estado Civil, que estaba compuesta por las siguientes subcategorías: Casado, Soltero, Separado/Divorciado y Viudo, también se agruparon dichas categorías en otra nueva variable (Estado Civil 2: EC2) que agrupaba a los “Casados” vs “Resto” y cuyo interés o matiz de esta nueva clasificación responde a criterios de investigación, dado que entre otras cuestiones, se pretende averiguar en qué medida influye en el envejecimiento activo, el hecho de tener una pareja sentimental (como fuente de apoyo social, instrumental y afectivo) y el no tener ninguna compañía sentimental.

Respecto a la variable Situación Laboral actual, se siguió el mismo procedimiento anterior para así enriquecer los análisis y se categorizó dicha variable en una nueva: Situación Laboral 2 (Sitlab2), que comprende las siguientes categorías funcionales: “Trabaja”, “Desempleado o Invalidez”, “Jubilado” y “Ama/o de casa”. La categoría “Trabaja” se refiere a las personas económicamente activas en la actualidad, la categoría “Desempleado o Invalidez” agrupa a todas aquellas personas que en el momento actual buscan un empleo remunerado o están incapacitadas para trabajar, “Jubilado” se refiere a aquellas personas que han tenido una actividad económica anterior y que por edad u otras causas la han abandonado, percibiendo una pensión (o unos ingresos de prejubilación) con motivo de su actividad anterior y finalmente, la categoría “Ama/o de casa” se refiere a las personas que se ocupan de su hogar, es decir, personas que, sin ejercer ninguna actividad económica, se dedican a cuidar sus propios hogares.

Además, se recogieron datos que hacían referencia al número de personas que componen la red familiar del participante: Hijos/as, Nietos/as y Padres vivos, inferido a través de indicadores de frecuencia de contacto con la familia (compuesto por 3 ítems sobre la frecuencia de contacto con Hijos/as, Nietos/as y Padres vivos). Las alternativas de respuesta en forma de escala tipo Likert oscilaban entre 0 (Nunca), 1 (Algunas veces al año), 2 (Varias veces al mes), 3 (Varias veces a la semana) y 4 (A diario). Se pretende analizar la influencia

del apoyo emocional y la forma de convivencia con los hijos, nietos y padres que todavía viven sobre los componentes del envejecimiento con éxito y que forman parte de este estudio. La disponibilidad de fuertes lazos y tradiciones de apoyo intrafamiliar es algo específico y característico de las sociedades y familias mediterráneas. La mayoría de las personas mayores mantiene relaciones frecuentes con hijos y familiares. En este sentido las redes familiares constituyen uno de los pilares fundamentales de la familia en nuestro país. El contacto con la familia, principalmente con hijos cuando los tienen, es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores y un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen.

Así mismo, en esta primera parte se recogió información mediante indicadores ad hoc:

- **Indicadores de uso de nuevas tecnologías de la información (TIC).** Formado por 8 ítems que informaban sobre la frecuencia en que la persona utiliza el ordenador para ocio o trabajo, el teléfono móvil para llamadas, el teléfono móvil para recibir mensajes o wasap, el teléfono móvil con wifi para acceder a internet, internet para leer prensa o buscar información, internet para videollamadas o Skype, internet para el correo electrónico, internet para redes sociales: Facebook o similares. La escala era de tipo Likert y los valores estaban acotados entre 0 (Nunca) y 4 (A diario).
- **Indicadores de Participación social.** Compuesto por 8 ítems sobre la frecuencia con que la persona mayor participa en actividades como: voluntariado, cuidado de familiares dependientes, cuidado de nietos, programas de formación/cultural/educativo, participación ciudadanía-asociacionismo, actividades recreativas en centros, clubs de jubilados, deportes o centros excursionistas o similares y otros. La escala era de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta y los valores estaban acotados entre 0 (Nunca) y 4 (A diario).
- **La situación de cuidado.** Para analizar en qué medida las situaciones de cuidado, como manifestación de generatividad, influyen en los componentes del envejecimiento activo y saludable, y por tanto en la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas mayores, se consideraron dos situaciones de cuidado a familiares en situación de dependencia y a nietos. Como ya hemos señalado en párrafos anteriores, por una parte, el cuidado a familiares dependientes, se infirió a partir del ítem 2 del cuestionario ad-hoc de Participación social, "Cuidado de familiares dependientes" y el cuidado a nietos a partir del ítem 3, "Cuidado de nietos". Ambos evalúan la frecuencia

en que la persona mayor realiza la tarea de cuidado mediante una escala tipo Likert con cinco categorías de respuesta: “Nunca”, “Algunas veces por año”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”. Posteriormente, estas variables se recodificaron según criterios de investigación en dos variables distintas: por una parte “Cuidado de nietos” con las siguientes subcategorías 1 (Nunca u Ocasionalmente), 2 (Varias veces al mes), 3 (Varias veces a la semana) y 4 (A diario). Y por otra parte se recodificó como “Cuidador dependiente” (cuidado a familiares en situación de dependencia) con las siguientes subcategorías 0 (Nunca), 1 (Ocasionalmente-Semanal), 2 (A diario).

- **Indicadores sobre los beneficios percibidos de la formación recibida en la Universitat de Valencia (UV).** Formado por 5 ítems que utilizan una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“Muy en desacuerdo”) a 5 (“Muy de acuerdo”) e informaban sobre el grado de acuerdo/desacuerdo respecto a si la formación en la UV aporta: apoyo personal para afrontar su jubilación, aumento de su red de relaciones y amistades, apertura a nuevas materias y a puntos de vista nuevos, bienestar psicológico y satisfacción personal.

#### **8.4.2. Variables psicológicas**

En cuanto a las escalas o cuestionarios estandarizados utilizados en la investigación se presentarán uno a uno en los siguientes apartados.

##### ***8.4.2.1. El cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11.***

Este cuestionario fue desarrollado por Broadhead, Gehlbach, De Gruy y Kaplan (1988) con el nombre original de “*The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire*”. En el presente trabajo se empleó la adaptación española de Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996). Se trata de un instrumento autoadministrado de 11 ítems que utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 1 (“Mucho menos de lo que me gustaría”) a 5 (“Tanto como me gustaría”). Este cuestionario fue originalmente validado en pacientes estadounidenses, en su mayoría mujeres, blancas, por debajo de los 45 años. El instrumento original incluía ítems sobre la cantidad de apoyo, el apoyo confidencial, el apoyo afectivo y el apoyo instrumental. Tras la validación el cuestionario quedó reducido a dos dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo, aunque tres de los 11 ítems en el estudio original no pudieron ser considerados dentro de las dos dimensiones del apoyo social (Broadhead et al., 1988). Por lo

tanto, el cuestionario evalúa cuantitativamente el apoyo social percibido, es decir, el que el individuo considera que recibe, e incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o bien cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas; y el apoyo social afectivo, que puede definirse como expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.

Según Bellón et al. (1996), existen numerosas definiciones de apoyo social y de entre ellas destaca la realizada por Thoits (1982) : “es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación”. El apoyo social es un concepto que está relacionado con la calidad de vida y con la salud (Machón, Larrañaga, Dorronsoro, Vrotsou, & Vergara, 2017) y que incluso puede amortiguar el impacto de los acontecimientos vitales estresantes sobre la salud mental (Barrón & Chacón, 1992; Sánchez-Sánchez, 2017). Bellón et al. (1996), señalan que el apoyo social es un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales del apoyo, siendo estas funciones desempeñadas por lo que se conoce como red de apoyo o red social y que se refiere a los aspectos cuantitativos o estructurales (tamaño, densidad y dispersión). Por lo tanto, la red social y el apoyo social son dos conceptos diferentes, y la existencia de la primera no garantiza el segundo. En este sentido, la red social de apoyo constituye el elemento estructural que presta el apoyo social (Gallardo-Peralta, Sánchez-Moreno, Arias-Astray, & Barrón, 2015).

El cuestionario Duke-UNC modificado y validado por Broadhead et al. (1988) es uno de los instrumentos más utilizados para medir el Apoyo social funcional ya que destaca por su sencillez y brevedad, y evalúa el apoyo percibido (no el real). Según Bellón et al. (1996) y Broadhead et al. (1998), la calidad del apoyo social predice mejor la salud que el apoyo estructural.

En el estudio de validación en población general española de Bellón et al. (1996) en el que contaron con una muestra de 656 personas, todos pacientes adscritos al Servicio Andaluz de Salud, encontraron que los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10 se adscribían a la dimensión apoyo confidencial, y las preguntas 3, 4, 5 y 11 al apoyo afectivo. Las correlaciones ítem-escala fueron todas aceptables, lo que demuestra que todos los ítems evalúan aspectos relacionados. Obtuvieron una consistencia interna de la escala y subescalas bastante buena, con el alfa de Cronbach .90 en la escala, siendo el de la subescala de apoyo confidencial de .88 y el del

apoyo afectivo de .79. En esta validación española, se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $< 32$ . Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo (Alberola, 2015).

Más reciente es la validación de Cuéllar-Flores y Dresch (2012) en personas cuidadoras ( $N= 128$ ). En esta validación, la puntuación media de la escala fue de 39.78 ( $DT = 10.36$ ; intervalo = 11-55), no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la puntuación en la escala. La consistencia interna del cuestionario aportó coeficientes bastante buenos para el conjunto de la escala (.89), para los dos factores (apoyo confidencial: .87 y apoyo afectivo: .74) y tanto para el subgrupo de cuidadores familiares como el de remunerados, siendo muy similares a los obtenidos en el estudio de Bellón et al. (1996). Asimismo, las correlaciones ítem-escala fueron todas aceptables, indicando que todos los ítems evalúan aspectos relacionados. En cuanto a la validez de constructo del instrumento, comprobaron predicciones que en la bibliografía han venido evidenciándose, tales como que existían diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios (a mayor nivel de estudios mayor apoyo social), la edad (los mayores de 40 años informaban de un menor apoyo social) y el tipo de cuidado (los cuidadores remunerados tenían un mayor apoyo social percibido).

Otros autores que han llevado a cabo un estudio de validación en población española fueron Ayala et al. (2012), con una muestra formada por 1.106 personas mayores no institucionalizadas (Edad media = 72.1 años con  $DT = 7.8$ , 56.3% mujeres y 43.7% hombres). Obtuvieron unas puntuaciones medias en la escala de 44.95 ( $DT= 8.9$ ). El  $\alpha$  de Cronbach fue .94 para la escala, siendo estos valores superiores a los que se encontraron en el estudio original. Los resultados de este estudio muestran que el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 es una medida aceptable, consistente, válida y precisa, para determinar el grado de apoyo social en la población adulta mayor no institucionalizada en España (Ayala et al., 2012). En el presente estudio el alfa de Cronbach obtenido para la escala total es de 0.92, para la subescala de apoyo afectivo se obtuvo un alfa de 0.82 y de 0.87 para la subescala de apoyo confidencial. Por todo ello, el uso de este instrumento da un perfil de las necesidades sociales de la persona de manera breve y sencilla y su uso se considera óptimo, fiable y válido.

#### **8.4.2.2. La Escala de Red Social de Lubben Revisada (LSNS-R)**

Se ha utilizado una versión en español de la escala de Red social de Lubben (Lubben & Gironda, 2004), un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco opciones de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores. La escala de Red social (LSNS) es un instrumento clásico para la evaluación de las redes sociales y fue desarrollado por Lubben (1988) para poblaciones de adultos mayores de diversos orígenes étnicos. Se basa en el Índice de Redes Sociales Berkman-Syme (BSNI) (Berkman & Syme, 1979) y evalúa su relación con indicadores de satisfacción con la vida, uso de servicios hospitalarios y conductas relacionadas con vida saludable con los que correlacionaba significativamente. En un principio, se componía de diez preguntas y debido a que el cuestionario se puede completar en poco tiempo y su sistema de calificación es simple, la herramienta ha sido ampliamente utilizada en numerosos estudios y trabajos.

Posteriormente, en el año 2002, Lubben, Gironda y Lee (2002) desarrollaron la LSNS-revisada (LSNS-R), una versión revisada con 12 ítems, que distinguía entre la red social de familia y la de amigos. El LSNS fue modificado al LSNS-R con el fin de especificar y distinguir mejor la naturaleza de la familia, la amistad y las redes sociales del vecindario. Tanto el LSNS como el LSNS-R distinguen entre parientes y no parientes, sin embargo, no diferencian entre amigos y vecinos (Boston College School of Social work, 2016). Además, estos autores, también revisaron una versión abreviada, la LSNS-6 (Lubben et al., 2006) y una versión ampliada (LSNS-18) de la escala original (Lubben, 1988). Estas versiones se han desarrollado para satisfacer las necesidades de brevedad de los profesionales médicos como un filtro para el aislamiento social (LSNS-6) y la versión ampliada se desarrolló (LSNS-18) para propósitos orientados a la investigación en ciencias sociales y de la salud (Boston College School of Social work, 2016). Aunque la versión ampliada LSNS-18 es la preferida para investigación en ciencias sociales tal y como ya se ha comentado (Boston College School of Social work, 2016; Lubben & Gironda, 2004), en esta investigación hemos utilizado la versión de 12 ítems LSNS-R (Lubben & Gironda, 2004) porque es la más utilizada en ámbito sociosanitario ya que requiere menos tiempo para su cumplimentación. Por otro lado, la mayor ventaja de la LSNS-18 sobre la LSNS-R es que la primera diferencia entre amigos y vecinos, pero esta diferencia parece menos relevante en la muestra estudiada.

El cuestionario LSNS-R está compuesto de seis ítems que preguntan sobre apoyo de los familiares y los seis restantes sobre el mismo apoyo, pero de amigos. Cada ítem puede ser graduado de 0 a 5 puntos, y el grado de apoyo total de la red social puede oscilar entre 0 y 60 puntos. Las puntuaciones LSNS-R más altas significan un mayor nivel de apoyo de la Red social. Por tanto, todos los ítems se responden con una escala de seis anclajes que puntúan de cero a cinco puntos, los ítems 1 a 6 (apoyo de familiares), tienen una escala en la que la respuesta “ninguno” puntúa como (0), “uno” como (1), “dos” como (2), “tres o cuatro” como (3), “de cuatro a ocho” como (4) y “nueve o más” como (5); y los ítems 7 a 12 (apoyo de amigos y vecinos), tienen una escala en la que la respuesta “Nunca” puntúa como (0), “Rara vez” como (1), “A veces” como (2), “A menudo” como (3), “Casi siempre” como (4) y “Siempre” como (5); de forma que el subtotal de cada escala de seis ítems es 30 y el total de la escala es 60 puntos como máximo y cero como mínimo. El punto de corte está establecido en 20 puntos o menos, lo que indicaría una red social muy limitada y riesgo de aislamiento. Todas las versiones del cuestionario tienen al menos la subescala “Familia” (RSF) y la subescala “Amigos” (RSA) y exploran las (seis) facetas del apoyo social: tamaño de la red, frecuencia de contacto, posibilidad de comentar temas privados, tener alguien de confianza a quien pedir ayuda, ser consultado en las decisiones importantes, y tener alguien con quien consultar decisiones importantes (Boston College School of Social work, 2016; University of Western Ontario, 2010).

Investigaciones previas han indicado que el LSNS-R tiene una buena consistencia interna que varía desde  $\alpha = .77$  (Lubben et al., 2002) a  $\alpha = .81$  (Baigi, Hildingh, Virdhall, & Fridlund, 2008), con muestras de estadounidenses y suecos, respectivamente. Por otra parte, el coeficiente alfa de Cronbach para la validación de la versión Coreana de la escala LSNS-R que fue realizado por Hong, Casado y Harrington (2011) fue de .84 y demostró también una buena consistencia interna.

En contexto español, esta versión de la LSNS-R también ha mostrado una buena consistencia interna. En el estudio publicado recientemente por Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) en una muestra de personas mayores universitarias. El alfa de Cronbach para ambas dimensiones de la escala fue de .80 (“Familia”: RSF) y .84 (“Amigos”: RSA), respectivamente. En la investigación de Sánchez-Sánchez (2017) en población mayor universitaria, esta escala muestra una alta fiabilidad obteniendo un  $\alpha = .86$ . También, la

consistencia interna de esta escala descrita en nuestra muestra es elevada, pues el alfa de Cronbach obtenido para la escala total de .86.

#### **8.4.2.3. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff**

Esta escala desarrollada por Ryff (1989), adaptada por Van Dierendonck (2004) y Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez (2008) y traducida al español por Diaz et al. (2006), han hecho que el Bienestar se haya desarrollado en torno a dos líneas de trabajo paralelas, de acuerdo a la definición del constructo que abordan. Frente a la concepción del Bienestar Subjetivo ligado a los conceptos de felicidad y satisfacción vital, en las últimas décadas se ha afianzado una concepción alternativa, denominada Bienestar Psicológico, la cual se interesa por investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras cómo las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que deseamos. Es decir, el Bienestar Psicológico es el proceso y la consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor (Ryan & Deci, 2001a; Ryff, 1989b).

Tal y como se ha planteado, Ryff y Keyes (1995), conceptualizan el Bienestar en dos componentes: el Bienestar Subjetivo, que es la evaluación de la vida en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y negativo; y el Bienestar Psicológico que conlleva la percepción de compromiso con los desafíos existenciales de la vida.

En su modelo multidimensional para explicar el Bienestar Psicológico, Ryff (1989) distinguió seis dimensiones fundamentales desarrollando a su vez un instrumento que ahora es ampliamente utilizado por los investigadores interesados en el Bienestar. Las seis dimensiones teóricamente derivadas del Bienestar Psicológico son: Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal. Recientemente este modelo ha estado en discusión. Utilizando datos de tres encuestas importantes, Springer & Hauser (2006) plantearon serias dudas sobre la validez del modelo de seis factores. Sus resultados mostraron que cuatro de las seis dimensiones (es decir, Crecimiento personal, Propósito en la vida, Autoaceptación y Dominio del entorno) empíricamente pueden ser una sola dimensión (Van Dierendonck et al., 2008). El estudio de Abbott et al. (2006), ahondando en esta discusión ha probado una dimensión adicional de segundo orden subyacente a las cuatro dimensiones antes mencionadas

inspirándose en el modelo sugerido por Springer & Hauser (2006). En el estudio de Van Dierendonck et al. (2008), que investiga la validez factorial de seis factores de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra combinada de España y Colombia, utilizando la medida alternativa de Bienestar acertada sugerida por Van Dierendonck (2004) y traducida al español, confirmaron los seis factores, tal y como planteaban Ryff & Singer (2006) en un principio. Además, los resultados no replicaron la sugerencia de Abbott et al. (2006) de un factor de segundo orden subyacente sólo a cuatro de las seis dimensiones. Estos autores finalmente concluyeron que parece ser que especialmente cuando se usan las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en diferentes culturas, es recomendable mantener las seis dimensiones intactas para así poder obtener una visión más completa del Bienestar Psicológico, tal y como plantea el modelo de Ryff, porque se corre el riesgo de perder información valiosa.

En este sentido, este instrumento con una estructura factorial de seis factores y desarrollado por Ryff es uno de los más replicados en diferentes contextos, y se han realizado diferentes versiones de distinta longitud de las escalas de Ryff (Keyes et al., 2002; Ryff, 1989b; Ryff & Keyes, 1995b; Van Dierendonck, 2004).

En el contexto español, diferentes estudios han utilizado estas escalas como base para la investigación empírica del bienestar en el envejecimiento (Navarro, Meléndez, & Tomás, 2007), encontrándose índices aceptables de fiabilidad para las escalas, aunque también indican que éstas, en su versión de 14 ítems por factor, son demasiado extensas tanto para su aplicación como para la obtención de una estructura factorial exploratoria adecuada. Además, se verifica la necesidad de realizar análisis confirmatorios de las distintas versiones para comprobar su estructura (Calatayud, 2016; Satorres, 2013).

Dentro de estos estudios, el trabajo de Díaz et al. (2006) en población española, probó diferentes modelos para verificar la estructura más aceptable para la escala. La escala original fue adaptada a la población española en su versión no reducida de 39 ítems por Díaz et al. (2006). Básicamente el objetivo de este trabajo era adaptar la versión española de Van Dierendonck (2004) y analizar su consistencia y validez factorial. Todas las escalas exhibieron buenas confiabilidades internas, con alfa de Cronbach variando de .83 (Autoaceptación) a .68 (Crecimiento personal). Sin embargo, los análisis de factores confirmatorios no corroboraron el modelo de seis factores (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal) con

un factor de segundo orden denominado Bienestar Psicológico. Para mejorar las propiedades psicométricas, se propuso una nueva versión reducida, generaron una propuesta de 29 ítems, que de hecho facilitaría la aplicación. Las escalas de la nueva versión mantienen y aumentan su consistencia interna (alfa Cronbach de .84 a .70).

Por otra parte, también Tomás, Meléndez y Navarro (2008) y Tomás, Meléndez, Oliver, Navarro y Zaragoza (2010), han estudiado la estructura factorial de las escalas, concretamente con muestras de personas jubiladas, probando de forma exhaustiva todos los modelos factoriales confirmatorios encontrados en la literatura para la escala, mediante análisis factorial confirmatorio, y concluyendo que el de mejor ajuste fue el de seis factores original de los autores de la escala.

Igualmente, Villar et al. (2010), desarrollaron una escala simplificada seleccionando 22 ítems y agrupándolos en cuatro componentes (Autoconfianza, Orientación al Presente, Estrés y Tensión Social) para formar las Escalas Simplificadas de Bienestar de Ryff, en una muestra de adultos mayores en España y así evitar algunos problemas relacionados con la consistencia interna y la baja validez estructural. Obtuvieron unos valores de alpha de Cronbach entre .70 y .81 aunque los resultados extraídos de un análisis factorial confirmatorio no apoyaron ningún modelo factorial.

En general, las escalas de Ryff están compuestas por ítems redactados tanto en positivo como en negativo. Su encabezamiento responde a "*pensamiento y sentimiento sobre usted mismo*" y tiene ítems como: "*Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad*" en positivo o invertidos: "*En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida*". El formato de respuesta que se utilizó tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo).

En la versión reducida utilizada en esta tesis (Ryff & Keyes, 1995), con un alfa de Cronbach de .62, los 18 ítems miden cada una de las seis variables de Bienestar Psicológico. Los ítems se agrupan teóricamente en seis factores, que se definen del siguiente modo (Zacarés & Serra, 1996):

- a) Autonomía (ítems 1-3), evalúa si se es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de ciertos modos, si se regula la conducta internamente y las autoevaluaciones se realizan desde estándares personales. Por el

contrario, una baja puntuación indicaría preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás, confiando en el juicio de los demás para tomar decisiones.

b) Dominio del ambiente o Control del Entorno (ítems 4-6), evalúa si se posee sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, se controlan múltiples conjuntos de actividades externas, haciendo un uso efectivo de las oportunidades del contexto y siendo capaz de elegir o crear contextos adaptados a las necesidades y valores personales. Una baja puntuación implica dificultad en el manejo de asuntos diarios, incapacidad para modificar el contexto cercano y falta de sentido de control sobre el ambiente que le rodea.

c) Crecimiento Personal (ítems 7-9), una alta puntuación indicaría que se mantiene un sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, en expansión y crecimiento, abierto a nuevas experiencias y con un sentido de desarrollo del propio potencial y de cambiar en modos que reflejan más autoconocimiento y efectividad. Una puntuación baja, describe a personas con un sentido de estancamiento personal, con falta de sentido de mejora o expansión a lo largo del tiempo, incapacidad para desarrollar nuevas actitudes o conductas, aburrimiento y desinterés.

d) Relaciones positivas con los demás (ítems 10-12). Una alta puntuación indica la existencia de relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza, preocupación por el bienestar de los demás siendo capaz de desarrollar empatía, afecto, intimidad. Una puntuación baja indica pocas relaciones interpersonales de calidad, además de dificultades para ser cálido, abierto y empático y con poco esfuerzo para mantener compromisos duraderos.

e) Autoaceptación (ítems 13-15). Una alta puntuación en esta dimensión significa que se posee una actitud positiva hacia uno mismo, se reconocen y aceptan múltiples aspectos del yo, incluyendo los negativos y los positivos y se mantienen sentimientos positivos hacia lo vivido. Una puntuación baja significa que se siente insatisfecho consigo mismo.

f) Propósito en la vida (ítems 16-18). Una puntuación alta muestra a personas que tienen metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado del presente y del pasado, y que mantienen creencias que proporcionan significado a la vida en su conjunto. Una puntuación baja mostraría a personas con falta de sentido vital, con pocas metas y objetivos, sin sentido de dirección, sin percepción de propósito en lo ya vivido, ni de una filosofía unificadora de la vida.

La consistencia interna (medida con Alfa de Cronbach) de las dimensiones de Bienestar Psicológico de la versión española propuesta por Van Dierendonck (2004) es la siguiente: Autoaceptación .83, Relaciones positivas con los demás .81, Autonomía .73, Dominio o control del entorno .71, Propósito en la vida .83 y Crecimiento personal .68.

Finalmente, en un reciente estudio publicado por Tomás, Galiana, Gutiérrez, et al. (2016) que valoraba la importancia diferencial de explicar el Bienestar desde una perspectiva tanto hedónica (Subjetivo) como eudaimónica (Psicológico) en una muestra de personas mayores universitarias, empleando también como medida de bienestar eudaimónico la versión reducida de las escalas de Ryff de 18 ítems (Ryff & Keyes, 1995b) se encontró una fiabilidad de .62. También, la fiabilidad de esta versión reducida de la escala de Bienestar Psicológico en la población estudiada en esta investigación ha obtenido un valor de  $\alpha = .62$ .

#### ***8.4.2.4. Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS)***

La Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction with Life Scale, TSLS) fue desarrollada por Pavot, Diener y Suh (1998). Es un instrumento formado por 15 ítems y fue creada tomando como punto de partida los 5 ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). La SWLS incluye 5 ítems que miden la satisfacción general con la vida. Es una evaluación global, aunque el contenido de los ítems incluye tanto afirmaciones referidas a condiciones presentes como pasadas y es una escala de las más utilizadas a lo largo de la literatura. Prueba de ello son el gran número de adaptaciones de la escala realizadas en distintos idiomas y diferentes poblaciones como una medida del componente de satisfacción con la vida del Bienestar Subjetivo (Galiana, Gutiérrez, Sancho, Oliver, & Tomás, 2015), demostrando que correlaciona con medidas de salud mental (Pavot & Diener, 2008). Diener, Inglehart y Tay (2013), en una revisión de la fiabilidad, validez y sensibilidad de las medidas de satisfacción, llegan a la conclusión de que las escalas son estables en condiciones inmutables pero son sensibles a los cambios en las circunstancias en la vida de las personas. Es decir, a la influencia de factores personales tales como el estado civil y otras circunstancias sociales e históricas. Por ello, recomiendan revisar su validez en diferentes contextos culturales y poblaciones. En general, dicha escala ha mostrado propiedades psicométricas favorables en diversas poblaciones y contextos culturales, entre ellos el de Estados Unidos (Pavot & Diener, 2008; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991; Tucker, Ozer, Lyubomirsky, & Boehm, 2006); asiático (Bai, Wu, Zheng, & Ren, 2011; Sachs, 2003; Ye, 2007); holandés (Arrindell, Heesink, & Feij, 1999); noruego

(Clench-Aas, Nes, Dalgard, & Aarø, 2011); alemán (Glaesmer, Grande, Braehler, & Roth, 2011); portugués (Sancho, Galiana, Gutiérrez, Francisco, & Tomás, 2014) y también en contexto español (Atienza, Balaguer, & García-Merita, 2003; Atienza et al., 2000). En todos estos estudios que se han llevado a cabo para validar la escala en distintos contextos y poblaciones, Diener et al. (2013) concluyen que la escala de Satisfacción con la vida, ofrece una alta fiabilidad y consistencia interna, pues el alfa de Cronbach en la mayoría de ellos muestra un valor alrededor de .80, además de ser una escala sensible a los cambios que se producen en la vida.

Dada la problemática que puede conllevar no distinguir entre los cambios producidos a lo largo del tiempo en este constructo, Pavot et al. (1998) reformularon dicha escala para evaluar la Satisfacción con la vida pasada, presente y futura, pues entienden que la inclusión de la especificidad temporal puede ayudar al entrevistado a centrar su atención en un marco de tiempo específico y, por lo tanto, reducir el potencial de error de medición (Ye, 2007). El cuestionario utilizado en esta investigación consta de 15 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco anclajes: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Ni acuerdo ni desacuerdo), 4 (De acuerdo), 5 (Muy de acuerdo); por lo que el rango de puntuación varía de 15 a 75. Por ejemplo, el ítem 1 *“Si tuviese que vivir en mi pasado otra vez, no cambiaría nada”* hace referencia a la Satisfacción con la vida pasada; el ítem 6 *“No cambiaría nada de mi vida actual”* hace referencia a la Satisfacción con la vida presente; y el ítem 11 *“No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro”* hace referencia a la Satisfacción esperada en el futuro.

Los ítems miden: Satisfacción con la vida pasada (ítems 1 a 5), Satisfacción con la vida presente (ítems 6 a 10) y la Satisfacción con la vida futura (ítems 11 a 15).

Además, Galiana, Gutiérrez et al. (2015) informan que esta escala puede resultar muy interesante en la investigación aplicada, en la que distintas condiciones pueden afectar (o ser afectadas por) la Satisfacción con la vida pasada, presente y futura (esperada). En este sentido, Sailer et al. (2014), advierten que la perspectiva temporal puede influir en nuestras actitudes, nuestros comportamientos y nuestros objetivos, pues los humanos anclamos los sucesos y experiencias al tiempo para darles sentido y continuidad. Por otro lado, en el estudio de Pavot et al. (1998), observaron que dicha escala correlacionaba con otras medidas de Bienestar y Satisfacción de vida (validez convergente y criterial) y que el análisis factorial reveló una estructura de tres factores, con los factores correspondientes a marcos de tiempo pasados,

presentes y futuros. Además, las medidas de confiabilidad interna y temporal muestran que el TSLs es una medida altamente consistente de la Satisfacción de vida global. Posteriormente, dicha escala se ha validado en varias poblaciones y contextos, principalmente en muestras adolescentes mostrando buenas propiedades psicométricas, aunque con alguna variación (McIntosh, 2001; Proyer, Gander, & Wyss, 2011; Sailer et al., 2014; Ye, 2007).

Finalmente, en la primera adaptación y validación de la escala en español en una muestra de personas mayores que acuden a programas universitarios, tal y como se informa en Galiana, Gutiérrez et al. (2015) y también en Tomás, Galiana, Oliver, Sancho y Pinazo-Hernandis (2016a), la validez factorial ofreció evidencia de la existencia de las tres dimensiones propuestas originalmente por los autores Pavot et al., (1998): Satisfacción pasada, presente y futura. Sin embargo, las correlaciones elevadas y positivas entre éstas dan muestra de cierta estabilidad del constructo a lo largo del tiempo. Los modelos confirmatorios mostraron una estructura bifactorial (una dimensión general de satisfacción vital y tres factores específicos temporales de satisfacción pasada, presente y futura). Las estimaciones de consistencia interna también fueron apropiadas, con resultados considerados altos, pues los alfas de Cronbach fueron de .83, .81 y .86 para la Satisfacción con la vida pasada, presente y futura y fueron similares a los encontrados en estudios previos (Tomás, Galiana, Oliver, Sancho, & Pinazo-Hernandis, 2016b). También la consistencia interna de esta escala descrita en nuestra muestra de personas mayores universitarias es elevada, dado que el alfa de Cronbach obtenido es de .92 para la escala total, y para la Satisfacción con la vida pasada, presente y futura fueron de .89, .91 y .85, en ese orden.

#### ***8.4.2.5. Indicador general de Satisfacción con la Vida***

Se trata de un ítem general sobre Satisfacción con la vida en la medida del bienestar personal: “*Actualmente, ¿cómo de satisfecho está con su vida, considerada globalmente?*” (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976). Las respuestas podían variar de 1 (Nada) a 5 (Mucho). El empleo de indicadores simples se viene utilizando como sistema de evaluación tanto en la práctica clínica como en el desarrollo de la investigación, y no solo para medir la percepción de la salud sino también en la evaluación de diversos aspectos psicosociales (Campbell et al., 1976; Gutiérrez et al., 2015). Este indicador se ha utilizado en otras investigaciones previas con propósitos similares con resultados satisfactorios (Casas, Bălțătescu, Bertran, González, & Hatos, 2013; Ye, 2007). Por este hecho se ha considerado

también como una herramienta interesante para incluirlo en este cuestionario (Alberola, 2015).

#### **8.4.2.6. Escala SF-8 de Salud Percibida**

El instrumento más empleado para medir la percepción de salud es el Health Survey Questionnaire (SF-36) de Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993). En esta investigación se ha utilizado la versión reducida (SF-8) de Ware, Kosinski, Dewey y Gandek (2001). Este instrumento evalúa la salud relacionada con la calidad de vida y está compuesta por 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta, generando un perfil de salud que consta de ocho dominios, una forma alternativa que usa una pregunta para medir cada uno de los ocho dominios de la Escala SF-36 (Turner-Bowker, Bayliss, Ware, & Kosinski, 2003). Las respuestas comprendían 5 opciones, desde 1 (Ninguno), hasta 5 (Muchos).

Tanto el SF-8 como el SF-36 miden ocho dominios comunes: funcionamiento físico, limitaciones debidas a problemas de salud física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, problemas emocionales, estrés psicológico y bienestar mental. Estos ocho ítems se resumen en dos componentes principales: componente físico y componente mental. Diferentes estudios han utilizado el SF-8 y han obtenido fiabilidades de la escala que oscilan entre .59 y .70 (Ware et al., 2001).

Esta escala, aunque es una versión con un uso menos extendido que la escala de 36 ítems desarrollada por el mismo equipo, posee características y comportamientos similares, y ha sido recomendada por los mismos autores como una medida adecuada en encuestas a poblaciones generales que quieran ser breves a la vez que comprensivas (Tomás, Galiana, Gutiérrez, et al., 2016). En especial, es aconsejable su uso en muestras de personas mayores por ser un instrumento breve y sencillo para obtener información sobre su estado de salud y obtener así un perfil de autopercepción de salud de la persona (Gutiérrez et al., 2015). En concreto, Tomás, Galiana, Gutiérrez et al. (2016) en su estudio llevado a cabo en una muestra de personas mayores universitarias, el valor de alfa que se obtuvo para la escala fue de .65. Por otro lado, la fiabilidad obtenida de esta escala en nuestra muestra es también adecuada, dado que el alfa de Cronbach obtenido en esta población es de .80. En una reciente validación de dicha escala en personas mayores cuyo fin era analizar las propiedades psicométricas, concluyeron que el SF-8 era una medida más informativa para los bajos niveles de salud,

cuyas propiedades psicométricas eran adecuadas, estando mejor representado por dos dimensiones, una vez que se elimina el ítem 5 debido a la falta de fiabilidad y la carga cruzada. Los modelos confirmatorios competitivos señalaron dos factores (salud física y mental) como la mejor representación de los datos (Tomás, Galiana, & Fernández, 2018).

#### **8.4.2.7. CESD-7 Depresión**

El Cuestionario CESD-7, es una versión breve y psicométricamente sólida de un instrumento de medida de sintomatología depresiva y fue validada en población general española por Herrero y Gracia (2007). La escala se desarrolló para ofrecer a los profesionales e investigadores del ámbito hispanoamericano un instrumento que permita obtener de forma rápida, eficiente y fiable información relevante sobre el estado de ánimo depresivo (Herrero & Gracia, 2007).

En su versión original de 20 ítems, la CES-D (*Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale*) de Radloff (1977) se ha traducido también al castellano por Gracia, Herrero y Musitu (2002) y validado con poblaciones diversas con una elevada consistencia interna y una validez adecuada (Herrero & Gracia, 2007).

La versión reducida del CESD, el CESD-7, desarrollada y validada por Herrero y Gracia (2007), se elaboró a partir de los resultados del trabajo de Santor y Coyne (1997), donde se analizó una versión preliminar del CESD de nueve ítems y sugirieron una escala de 7 ítems, pues fueron los más efectivos para diferenciar a las personas deprimidas de las no deprimidas, e incluían los reactivos más relacionados con los síntomas comunes de la depresión: ánimo disfórico (ítems 3, 6 y 18), motivación (ítem 7), concentración (ítem 5), pérdida del placer (ítem 16) y dificultades con el sueño (ítem 11, puntuación reversa). Este cuestionario se validó en una muestra española de 790 personas con un rango de edad de 18 a 80 años y una media de edad de 39 años, el 54 % eran mujeres. Las siete preguntas del cuestionario presentado en esta investigación responden a la pregunta “*Durante el último mes...*” y se presenta ítems como “*No podía quitarme la tristeza*” (ítem 1) que correlacionan positivamente con Depresión. Los ítems 2, 3, 4, 5 y 7 también se presentan en el mismo sentido a excepción del ítem número 6 que puntúa en sentido inverso (“*Disfruté de la vida*”). La escala tiene cuatro anclajes de respuesta (menos de 1 día, 1-2 días, 3-4 días y 5-7 días) siendo el rango de puntuaciones entre 1 (menos de un día) y 4 (de 5 a 7 días). Por tanto, los

valores teóricos de esta escala con la codificación utilizada para cada opción de respuesta (de 1 a 4), va de 7 como valor mínimo a 28 como valor máximo.

El cuestionario mostró una estructura unidimensional, y buenas cualidades psicométricas, siendo el alfa de Cronbach entre .82 y .85. También se obtuvo una buena validez de constructo, pues se relacionaba significativamente con el sexo, la salud física y la integración social, pues la literatura indica que están teóricamente relacionados. Esta versión de la escala empleada para este estudio ha obtenido un  $\alpha$  de .85 en la presente investigación, por lo que también muestra una buena consistencia interna en la población estudiada.

Asimismo, es importante señalar que el CESD-7 es un instrumento que resulta útil para identificar el riesgo de depresión, pero que no debe ser considerado como una medida de la depresión pues no todas las personas que puntúan alto en este instrumento desarrollarán una depresión. En este sentido, debería considerarse como una medida del estrés general y como una herramienta que facilita la identificación de sintomatología depresiva en personas sin diagnóstico clínico, aunque con riesgo potencial de desarrollar una depresión (Herrero & Gracia, 2007). Por otra parte, esta versión breve del CESD estaría indicada en el estudio de grandes muestras pues permite un importante ahorro de tiempo.

#### ***8.4.2.8. Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM)***

Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM) es la adaptación de La Escala Profesional de Autocuidado (PSCS) desarrollada y validada en población española por Galiana, Oliver, Sansó y Benito (2015) en personas mayores. Se trata de un instrumento que inicialmente se desarrolló para medir el autocuidado de los profesionales en los cuidadores paliativos que a menudo trabajan en condiciones exigentes emocionalmente y estresantes, que podrían afectar su calidad de vida y su salud (Gibb, Cameron, Hamilton, Murphy, & Naji, 2010).

Esta escala fue desarrollada por expertos en salud y cuidados paliativos con la intención de crear un instrumento breve, dado la falta de un instrumento validado en población española y que, además, no fuera muy extenso. Se basaron en primer lugar en el modelo de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su definición de salud como de “completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”(OMS, 1948). En segundo lugar, en instrumentos de medición anteriores, principalmente con el desarrollado

por Pender (1996). Y en tercer lugar, en una revisión exhaustiva de la literatura respecto a Autocuidado.

Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM) evalúa el Autocuidado en tres áreas: el Autocuidado físico, que se refiere a la implicación en las actividades que ayudan mantener un cuerpo sano; el Autocuidado interno o de sí mismo, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana y el Autocuidado social, que se refiere a las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su salud social. Las tres dimensiones crean un factor de Autocuidado (Galiana et al., 2015b). Según OMS y su definición de Autocuidado, las conductas de autocuidado se refieren a aquellas actividades individuales, familiares y comunitarias que se llevan a cabo con la intención de mejorar la salud y el bienestar, prevenir la enfermedad, limitar las dolencias y restaurar la salud y son realizadas por las personas en su propio beneficio solas o con los profesionales (WHO, 1984). Es decir, puede ser visto como las acciones dirigidas con el objetivo de conservar, restablecer o mejorar la salud y el bienestar (Sundslí et al., 2013).

El instrumento se compone de 9 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco anclajes de respuesta: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (De acuerdo), 5 (Muy de acuerdo). Todas las frases están escritas en sentido positivo. El rango de puntuación se sitúa entre 9 y 45. Las tres dimensiones de Autocuidado que explora el cuestionario son: Autocuidado físico (entendido como la participación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano, medido con los ítems 1, 2 y 5), Autocuidado social (relacionado con actividades de tipo social apoyadas en familiares y amigos que ayudan al individuo a mantenerse sano, medido por ítems 3, 4 y 9) y Autocuidado interno (que se relaciona con actividades que ayudan a mantener una mente sana, el equilibrio interior y los componentes de espiritualidad, medido con los ítems 6, 7 y 8). Ejemplos de estas preguntas son *“Yo hago ejercicio con regularidad”* (dimensión de Autocuidado físico), *“Mi autocuidado incluye involucrarse en la práctica espiritual a través de la meditación, la oración, otra práctica consciente...”* (Autocuidado interno) y *“Creo que mis relaciones familiares son satisfactorias”* (Autocuidado social).

En un principio, tal y como se ha comentado previamente, el cuestionario PSCS se diseñó para su uso con profesionales de los cuidados paliativos, sin embargo, las buenas propiedades psicométricas han permitido su utilización en contextos diferentes, como la atención a la dependencia y en población mayor.

La fiabilidad medida con alfa de Cronbach obtenido en el estudio de Galiana, Oliver, et al. (2015) fue de .62, .53 y .84 para cada uno de los factores, Autocuidado físico, social e interno respectivamente. La validez de constructo fue evaluada con un Análisis Factorial Confirmatorio y la validez externa con correlaciones de Pearson, obteniéndose buenos resultados con las tres variables. Recientemente, la Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM) ha sido validada en población mayor universitaria de edades comprendidas entre 60 y 80 años mediante análisis factorial confirmatorio, observándose también buenos resultados y proporcionando evidencia de las propiedades psicométricas de la escala para evaluar el autocuidado en personas mayores que respalda la estructura original de tres factores: físico, social y autocuidado interno (Campos-García, Oliver, Tomás, Galiana, & Gutiérrez, 2018). En nuestro estudio la fiabilidad mostrada por el alfa de Cronbach fue de .49 para el Autocuidado físico, .65 para el Autocuidado social y de .81 para el Autocuidado interno.

#### **8.4.2.9. DJGLS-Soledad**

La Escala de Soledad DJGLS (*de Jong Gierveld Loneliness Scale*) fue creada por de Jong-Gierveld y Kamphuis (1985) y es una de las más empleadas a nivel internacional para medir la soledad (Buz & Prieto, 2013).

La escala tiene sus fundamentos teóricos en el modelo cognitivo de la soledad (de Jong Gierveld, 1987), que conceptualiza la soledad como resultado de la diferencia entre las relaciones sociales que desea el individuo y las que en realidad tiene, es decir, evalúa la soledad como un constructo cognitivo, percibido social y emocionalmente, y es utilizada para evaluar la presencia y el grado de sentimientos de soledad. El modelo teórico de de Jong-Gierveld (1987), se caracteriza por ser breve y de fácil entendimiento, lo cual ha permitido que sea utilizado en investigaciones llevadas a cabo en diferentes países no evidenciando sesgos culturales (Buz & Prieto, 2013; Scharf & de Jong Gierveld, 2008; Ventura-León & Caycho, 2017).

La versión final de la escala contiene 11 ítems y está compuesta por dos subescalas: la subescala de Soledad social, compuesta por cinco ítems formulados de forma positiva y que preguntan sobre la sensación de pertenencia y la subescala de Soledad emocional, que tiene seis ítems formulados de forma negativa y explora los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego. Ninguno de los ítems utiliza la palabra soledad. Las opciones de

respuesta son “No”, “Más o menos” o “Sí” y los encuestados deben elegir la categoría de respuesta que más se ajuste a la realidad en la actualidad. Un tipo de enunciado respecto a la subescala de Soledad social, sería por ejemplo: *“Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios”* y respecto a la subescala de Soledad emocional sería: *“Siento una sensación de vacío a mi alrededor”*. En base al Manual de la Escala de Soledad de Jong-Gierveld y Van Tilburg (1999), para hallar la puntuación total hay que sumar las puntuaciones de las dos subescalas; la puntuación de la subescala de Soledad emocional (puntuación entre 0 y 6) se halla sumando un punto por cada respuesta de “Más o menos” o “Sí” a los seis ítems 2, 3, 5, 6, 9, 10 que están formulados de forma “negativa” desde el punto de vista de la deseabilidad social; y la puntuación de la subescala de Soledad social (puntuación entre 0 y 5) se halla sumando un punto por cada respuesta de “Más o menos” o “No” a los cinco ítems 1, 4, 7, 8, 11 que están formulados de forma “positiva”. Además en el manual se sugiere categorizar la soledad total en cuatro niveles: “ausencia de soledad” (puntuación 0, 1 o 2), soledad moderada (puntuación de 3 a 8), soledad grave (puntuación 9 o 10) y soledad muy grave (puntuación 11).

Los análisis factoriales llevados a cabo por los autores de la escala sugieren que los 11 ítems miden una única dimensión de la soledad, pero que el instrumento está afectado por un factor metodológico, en el que los ítems formulados de forma positiva cargan en una dirección y los formulados en negativo cargan en la dirección opuesta. Es posible utilizar las subescalas de Soledad emocional y Soledad social por separado dependiendo de la necesidad del investigador y de los objetivos del estudio (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2006; Donio-Bellegarde, 2017). En general, la DJGLS presenta buenas propiedades psicométricas. Típicamente se observa una fiabilidad de la escala con coeficiente alfa de Cronbach en el rango de .80 a .90 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999).

De Jong Gierveld y van Tilburg (2006) crearon una versión reducida de la DJGLS para poder ser utilizada en grandes investigaciones que demandan instrumentos más cortos. Está compuesta por seis ítems, siendo que tres de ellos fueron sacados de la subescala de Soledad emocional y tres, de la subescala de Soledad social. Dicha versión fue desarrollada y testada en muestras que incluyeron a personas mayores holandesas y resultó ser un instrumento válido y fiable para medir tanto la soledad general como la soledad emocional y social. El índice alfa de Cronbach varió de .70 a .76 en tres investigaciones con muestras de adultos; entre .67 y .74 en la subescala de Soledad emocional y de .69 a .73, en Soledad social.

Además, la versión reducida de la escala presentó alta correlación con la escala completa, oscilando entre .93 y .95.

Pinquart & Sörensen (2001) en un metaanálisis sobre estudios de soledad indicaron que existen evidencias de que se trata de un instrumento fiable y válido, especialmente en investigaciones con muestras de personas mayores (Penning, Liu, & Chou, 2014). También es un instrumento adecuado para ser utilizado en diferentes países, ya que ni el contenido de los ítems ni los resultados de los análisis estadísticos, sugieren que haya una variación cultural de los ítems (van Tilburg, Havens, & de Jong Gierveld, 2004). En este sentido, la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) ha sido revisada psicométricamente en varios países, y uno de los principales estudios fue el realizado por Iecovich (2013) en Israel donde se evaluó a 2100 adultos mayores, encontrando una adecuada fiabilidad (alfa = .86) y una estructura factorial de tres dimensiones denominadas soledad emocional de primer y segundo orden y soledad social. También destaca el estudio transcultural que realizó de Jong-Gierveld y van Tilburg (2010) en una muestra de siete países (Francia, Alemania, Países Bajos, Rusia, Bulgaria, Georgia y Japón) formada por personas de entre 18 y 59 años y obteniendo unos coeficientes de fiabilidad en la dimensión Soledad emocional que oscilaron entre .81 a .86., y la dimensión Soledad social varió entre .85 a .90. También destacar la investigación realizada por Grygiel, Humenny, Rebisz, Kwitaj y Sikorska (2013) en una muestra polaca, en donde se confirmaron los hallazgos anteriores que indican que el DJGLS mide dos dimensiones de soledad (social y emocional) que generalizan en un factor de orden superior de un sentido general de soledad (estructura de bifactor). La fiabilidad fue alta (alfa = .89). Por otra parte, Leung, de Jong Gierveld y Lam (2008) también evaluaron a 103 adultos mayores de la ciudad de Hong Kong con una versión breve de la escala de 6 ítems, reportándose una fiabilidad aceptable (alfa de Cronbach= .76) y una estructura factorial de dos dimensiones con tres ítems cada uno de ellos. Recientemente, Ventura-León y Caycho (2017) han validado la DJGLS en jóvenes y adultos peruanos. La muestra estaba compuesta por 509 jóvenes y adultos peruanos, 371 hombres y 138 mujeres de Lima Metropolitana, con una edad media de 21.42 años. Los autores evidenciaron una adecuada fiabilidad (alfa = .83) y el análisis factorial exploratorio indicó que los ítems se agrupan en torno a un modelo de dos factores relacionados, cuya estructura presenta aceptables bondades de ajuste.

En España, Buz y Prieto (2013) examinaron las propiedades psicométricas de la escala a través del modelo de Rasch en una muestra de 614 personas, entre los 60 y 96 años. Los resultados muestran baja fiabilidad de las puntuaciones, mientras que el análisis factorial confirma una estructura unidimensional. Además Buz y Pérez-Arechaederra (2014) en su estudio con una muestra compuesta por 328 personas mayores (Media = 75.53, Rango de edad = 60-99 años) no institucionalizadas, encontraron que los análisis factoriales mostraron que la escala era esencialmente unidimensional (RMR = .088, AGFI = .97). Siendo la fiabilidad de .91. Además, informaron que en cuanto a la validez convergente y discriminante, el cuestionario DJGLS diferenció entre grupos bien conocidos según el género, el estado civil, las condiciones de vida, la salud, los aspectos estructurales y funcionales de las redes sociales y la actividad social, concluyendo que el DJGLS es un instrumento válido y fiable para medir la soledad en adultos mayores españoles.

En un estudio más reciente, Penning et al. (2014) entrevistaron a una muestra de 243 adultos de entre 45 y 84 años con el objetivo de evaluar la estructura factorial y las propiedades de invariancia (respecto a la edad y el tiempo) de la DJGLS y de la R-UCLA para su uso en investigación y concluyeron la utilidad de la primera en investigaciones con muestras de personas mayores.

En general, los resultados de los estudios psicométricos de la Escala de Soledad de de Jong Gierveld (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) han generado un debate respecto a su estructura factorial. Algunos autores han resaltado la aparición de dos dimensiones que han denominado Soledad social y emocional (Zammuner, 2008). Sin embargo, otros estudios señalan que no existe una base teórica para la determinación de bidimensionalidad respecto a la soledad (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985), atribuyendo la aparición de un segundo factor al efecto del método de los ítems inversos (Buz & Pérez-Arechaederra, 2014; Buz & Prieto, 2013), lo cual es confirmado a través de un estudio transcultural llevado a cabo en siete países (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). Ventura-León y Caycho (2017) indican que otros autores, buscando una solución al problema, señalan que es posible considerar tanto la escala unidimensional y la bidimensional (Heylen, 2010; Zammuner, 2009). También en Buz, Urchaga y Polo, (2014) se halló que la DJGLS es un instrumento unidimensional, que mide la soledad en general, no siendo capaz de diferenciar entre la soledad emocional y la soledad social de los españoles mayores. En la misma dirección, los resultados de Tomás, Pinazo-Hernandis, Donio-Bellegarde y Hontangas (2017) confirman la unidimensionalidad de

la escala, además de apoyar el argumento de los autores de la versión original del instrumento respecto a la existencia de un segundo factor de método asociado a los ítems negativos del instrumento (Donio-Bellegarde, 2017).

En la presente investigación, se ha utilizado la versión validada en España por Buz y Pérez-Arechaederra (2014), cuyas propiedades psicométricas resultaron ser satisfactorias, lo que sugiere que el instrumento tiene alta precisión. La fiabilidad fue .91. En concreto, los índices alfa de Cronbach obtenidos en la presente investigación para las dimensiones de Soledad social y de Soledad emocional fueron de .72 y .81 respectivamente. Mientras que la fiabilidad total de la escala fue de .82. Otra investigación reciente en la que se utilizó la misma versión de la DJGLS obtuvo índices de fiabilidad un poco más elevados, siendo el alfa de Cronbach de .81 y el CRI (*Composite Reliability Index*) de .89 (Tomás et al., 2017).

#### **8.4.2.10. UCLA-3 Loneliness Scale**

En esta investigación se utilizó la UCLA-3 Loneliness Scale (Russell, 1996), que es la tercera revisión de la Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) elaborada por Russell, Peplau y Ferguson (1978) y validada en una muestra española por Expósito y Moya (1993).

La Escala de Soledad de la UCLA es uno de los instrumentos más utilizados para medir la soledad y fue desarrollada para evaluar sentimientos subjetivos de soledad o el aislamiento social. La versión original de la escala, constaba de 20 ítems y se basaba en declaraciones realizadas por personas solitarias para describir sentimientos de soledad (Russell et al., 1978) y medía la intensidad de la experiencia de soledad descrita por los individuos. Las preguntas estaban todas redactadas en una dirección negativa o “solitaria”, de forma que las personas indicaban la frecuencia con la que se sentían de la manera descrita, siendo las categorías de respuesta de cuatro puntos que van desde 1 (Nunca me siento así) a 4 (A menudo me siento así). Pero a pesar de que las puntuaciones en la escala original eran confiables y válidas (alfa de Cronbach de .96), se encontró que las puntuaciones de soledad era posible que se vieran afectadas por sesgos sistemáticos en las respuestas, debido principalmente a la preocupación acerca de cómo la redacción negativa de los enunciados podía influir en las respuestas como un conjunto de respuestas acquiescentes. Además, se plantearon también cuestiones de validez discriminante debido a las elevadas correlaciones entre soledad y otras puntuaciones en medidas como depresión y autoestima. También se encontró otra posible causa de sesgos y

fue la posible infravaloración de la soledad debido a su carácter estigmatizador, lo que podría generar respuestas que cumplieran una deseabilidad social aunque no fueran realistas.

Sin embargo, tras identificarse estos sesgos sistemáticos en las respuestas, se desarrolló una nueva versión de la misma escala, conocida como *Revised UCLA Loneliness Scale*, o UCLA-R (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Que incluyó 10 ítems redactados en una dirección negativa o solitaria y 10 ítems redactados en una dirección positiva o no solitaria. Se trata de un instrumento validado que mide la soledad general y los sentimientos de aislamiento social. Para cada ítem, el sujeto debe indicar con qué frecuencia lo experimenta: “Nunca”, “Raramente”, “A veces” o “A menudo”. Presenta alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.94 y su correlación con la versión original de la escala fue de 0.91. Se identificaron correlaciones entre soledad y depresión y entre soledad y ansiedad, que fueron medidas con otros instrumentos específicos. También se encontraron correlaciones significativas entre soledad y sentirse abandonado, deprimido, vacío, desesperanzado, aislado y encerrado en sí mismo (Russell et al., 1980).

Por otra parte, Borges, Prieto, Ricchetti, Hernández-Jorge y Rodríguez-Naveiras (2008), realizaron una validación cruzada de la factorización de la UCLA-R en dos muestras de jóvenes estudiantes: una en España y otra en Italia, pues su objetivo era analizar la estructura factorial de la escala dada la controversia existente respecto a si el instrumento es unidimensional, tal y como los autores de la UCLA-R han sugerido y confirmado en posteriores investigaciones (Hartshorne, 1993; Russell, 1996; Russell et al., 1980). O bien si se trata de un instrumento multidimensional, tal y como recogen algunos autores como Dussault, Fernet, Austin y Leroux (2009) y Hawkey, Browne y Cacioppo (2005). Finalmente, estos investigadores llegaron a la conclusión de que en lo que respecta a la dimensionalidad de la escala UCLA-R, los resultados obtenidos en su estudio les permite concluir que dicha escala, tanto en la versión española como en la italiana, no es unidimensional y que en el caso de la versión española, se identificaron cuatro factores: soledad emocional, evaluación subjetiva de la red social, dificultad en intimar y sentimientos de pertenencia. No obstante, no parece que los resultados obtenidos permitan mantener la estructura de cuatro factores, dado el escaso peso de los dos últimos, aconsejando que debieran realizarse nuevas investigaciones para profundizar en la validez de la escala en diferentes culturas y contextos.

Posteriormente, a partir de esta versión de la UCLA-R algunos autores elaboraron versiones reducidas del instrumento como Andersson (1985), Hays y DiMatteo (1987),

Hughes, Waite, Hawkey y Cacioppo (2004) y Neto (2014) entre otros muchos, con versiones de la escala en donde se obtuvieron unas propiedades psicométricas aceptables. Pero a pesar de ello, de nuevo algunos autores encontraron fallos, en concreto que esta versión no especifica un periodo de tiempo determinado en sus preguntas para valorar la soledad, ni es capaz de diferenciar la soledad social de la soledad emocional (Luanaigh & Lawlor, 2008). Así que, nuevamente se revisó la UCLA-R y finalmente se publicó la versión 3 de la Escala de Soledad de la UCLA (Russell, 1996) y actualmente es conocida como *UCLA Loneliness Scale (Versión 3)* o UCLA-3. En esta versión más reciente de la escala se ha simplificado la redacción de los ítems y el formato de respuesta para facilitar la administración de la medida a poblaciones con menor nivel educativo alcanzado y aunque siga teniendo 20 ítems, presenta un formato más sencillo de respuestas y de contenido de los ítems, comparado con las versiones anteriores. Esta versión, contiene 11 ítems formulados en el sentido de la presencia de soledad y 9, de la ausencia de soledad. Antes de cada uno de los ítems, se añadió la pregunta “¿Con qué frecuencia siente usted...?” para facilitar el pase del instrumento en entrevistas personales o por teléfono. Además, la escala de respuestas pasó a ser “Nunca”, “Raramente”, “A veces” y “Siempre”, siendo que esta última alternativa sustituye a la original “A menudo” (Donio-Bellegarde, 2017). Con respecto a la puntuación de la escala, tanto en la versión original como en las versiones subsecuentes (UCLA-R y UCLA-3), el entrevistado puede obtener desde 20 puntos -que corresponde al más bajo nivel de soledad-, hasta 80 puntos -que es la máxima puntuación en soledad-. En el caso de la UCLA-R y la UCLA-3, los ítems formulados de forma positiva deben ser invertidos antes de calcular la puntuación total.

La UCLA-3 fue validada en diferentes colectivos (Constable & Russell, 1986; Russell & Altmaier, 1987; Russell & Cutrona, 1991; Russell, Kao, & Cutrona, 1987), demostrando ser un instrumento con alta fiabilidad, dado que los coeficientes alpha de Cronbach en estos estudios oscilaron de 0.89 a 0.94. La escala también ha demostrado tener buena validez discriminante, asociándose negativamente a medidas de apoyo social. Presenta buena validez de constructo, ya que los resultados de soledad se asocian fuertemente a depresión, satisfacción con la vida y *burnout*, además de presentar una asociación significativa con la salud percibida en muestras de personas mayores. En resumen, se ha podido comprobar que la UCLA-3 es un instrumento adecuado para medir la soledad en diversos tipos de muestras y a través de variados métodos de recogida de datos, como cuestionarios autocumplimentados, entrevistas personales o por correo postal (Russell, 1996).

Con respecto a la estructura factorial de esta escala (UCLA-3), han surgido también discrepancias, a pesar de que los autores defienden que se trata de un instrumento unidimensional como las anteriores versiones y comprobado a través de análisis confirmatorios factoriales en diferentes muestras llevados a cabo por Russell (1996) y siendo apoyado posteriormente por otros autores como Lasgaard (2007). Otros, en cambio, apoyan la multidimensionalidad de la escala como Boffo, Mannarini y Munari (2012) o Shevlin, Murphy y Murphy (2015) por citar solo algunos. Hace poco, en un estudio con una muestra de personas mayores españolas de Pinazo-Hernandis, Sancho, Donio-Bellegarde y Tomás (2018), encontraron resultados semejantes que confirman la multidimensionalidad y el modelo estructural que mejor se adapta a la UCLA-3 es el de tres factores.

En España, distintas versiones de la UCLA han sido validadas, así por ejemplo la UCLA-R se validó en estudiantes universitarios en el estudio de Borges et al. (2008) y en el de Expósito y Moya (1993). Por su parte, Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia (2016), han validado una versión de la escala UCLA con 10 ítems en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. La fiabilidad obtenida de dicha escala medida por el alfa de Cronbach en nuestro estudio fue de .89. También, recientemente, ha sido validada por Pinazo-Hernandis et al. (2018), en una muestra española de personas mayores que asistían a un programa de universidad de mayores. En dicho estudio se desveló que la versión española de la UCLA-3 es un instrumento tridimensional capaz de describir las dimensiones de Aislamiento social, Soledad y Conexión social. Y de que se trata de un instrumento con buenas propiedades psicométricas, adecuado para medir la soledad de las personas mayores en España.

Tabla 6. Resumen de las variables dependientes e independientes e instrumentos de medida.

RESUMEN DE LAS VARIABLES			
VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES DEPENDIENTES		INSTRUMENTOS
Sexo Edad Estado Civil Situación Laboral Número de hijos Número de nietos Número de padres vivos Frecuencia de contacto con hijos Frecuencia de contacto con nietos Frecuencia de contacto con padres Cuidado familiares dependientes Cuidado de nietos	<b>Recursos sociales</b>	Apoyo social	Adaptación española del cuestionario Duke-UNK-11, Functional Social Support Questionnaire (Bellón et al., 1996)
		Red social	LSNS-Escala de Red Social (Lubben & Gironde, 2004)
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	Bienestar Psicológico	Versión reducida de las Escala de Bienestar Psicológico (Ryff & Keyes, 1995a)
		Satisfacción vital	TSLs, Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Pavot, Diener y Suh, 1998). Validada para la población española por Galiana, Gutiérrez, Sancho y Tomás (2015)
	<b>Salud</b>	Salud Percibida	Escala SF-8 de Salud (Ware et al., 2001)
		Autocuidado	Escala de Autocuidado para personas mayores (Galiana, Oliver, et al., 2015b)
		Depresión	Cuestionario CESD-7 (Radloff, 1977). Adaptado por Herrero y Gracia (2007) para la población española.
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	Soledad	DJGLS, Escala de Soledad (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). Adaptada por Buz y Pérez-Arechaederra (2014)
		Aislamiento social	UCLA-3, Escala de Soledad (Russell, 1996)

Fuente: Elaboración propia, 2018.

## 8.5. Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 y Mplus versión 8.2.

Previamente, se describieron las características sociodemográficas de la muestra con estadísticos de tendencia central y proporciones. Estos resultados se han incluido en el apartado de descripción de la muestra.

En primer lugar, se emplearon diversos análisis de varianza multivariantes (MANOVAs) para poner a prueba los efectos principales y de interacción de las variables sociodemográficas: Sexo, Edad, Estado Civil y Situación Laboral, sobre varias variables dependientes: Red social y Estructural, Apoyo social funcional (Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo), Bienestar Psicológico (Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal), Satisfacción con la vida (Satisfacción con la vida pasada, presente y futura), Salud Percibida, Depresión y Autocuidado (Autocuidado interno, físico y social), Soledad y Aislamiento Social. Para simplificar los análisis propuestos en pos de conseguir los objetivos planteados en esta investigación y dado el tamaño de la muestra de este trabajo, así como el número de categorías en las variables independientes y el número de variables dependientes, se calcularon varios MANOVAs para comprobar la existencia de diferencias en función de las variables sociodemográficas en las variables incluidas en el diseño. Por este motivo, se agruparon las variables dependientes en cuatro bloques o grupos en función de la correlación entre ellas y en base a criterios teóricos.

- 1) Grupo 1: Recursos Sociales: Red social y estructural y Apoyo Social funcional.
- 2) Grupo 2: Bienestar y Satisfacción vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital.
- 3) Grupo 3: Salud: Salud percibida, Depresión y Autocuidado.
- 4) Grupo 4: Soledad y Aislamiento social.

De forma que para cada grupo de variables dependientes se realizaron cuatro MANOVAs distintos en donde el factor o variable independiente han sido las variables sociodemográficas por separado (Sexo, Edad, Estado Civil, Situación Laboral), y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las variables dependientes o factores incluidas en cada bloque. En total, 16 MANOVAs.

También, para analizar si existían diferencias significativas en las variables dependientes en función de las situaciones de cuidado se realizaron nuevamente MANOVAs, donde el factor o variable independiente fue por una parte la situación de cuidado informal: Cuidador de familiar dependiente y por otra el Cuidado de nietos. Ambas situaciones fueron registradas en el cuestionario administrado a los participantes y formaban parte de los ítems ad hoc que se incluyeron para informar sobre diferentes modalidades de participación social.

De forma que se calculó para cada bloque de variables explicado con anterioridad, dos MANOVAs: uno para comprobar si existían diferencias en las variables dependientes indicadoras de envejecimiento con éxito en la situación de Cuidador de personas dependientes y otro MANOVA en la situación de Cuidador de los nietos. Como esta variable independiente estaba formada por cinco categorías o factores (Nunca, Ocasionalmente, Mensualmente, Semanalmente y A diario) y en un principio se consideró importante averiguar si existían realmente diferencias entre los subgrupos de cuidado teniendo en cuenta todas las situaciones registradas, posteriormente se recodificaron las variables independientes o factores y se agruparon categorías, para enriquecer los análisis y facilitar su síntesis y comprensión. Y se volvieron a recalcular los MANOVAs para cada bloque de variables dependientes, pero esta vez con las variables independientes recodificadas. De nuevo se obtuvieron 8 MANOVAs.

Además, y como la variable independiente Sexo se considera una variable central en este estudio, se realizaron diversos MANOVAs para estudiar los posibles efectos de interacción entre el Sexo y el resto de variables independientes (Edad, Estado Civil, Situación Laboral, Cuidado a familiares dependientes y Cuidado de nietos) sobre las variables dependientes consideradas en esta investigación, las cuales hemos descrito previamente. Un total de 20. Decimos que existe interacción entre dos factores cuando el efecto de uno de ellos sobre la variable dependiente no es el mismo en todos los niveles del otro factor. Esto equivale a afirmar que existe interacción cuando el resultado de la combinación de dos factores difiere de la suma de los efectos principales de esos factores (Pardo, Garrido, Ruiz, & San Martín, 2007).

El análisis multivariante de la varianza o MANOVA (por su nombre en inglés, *Multivariate Analysis of Variance*), es una extensión del análisis de la varianza o ANOVA para cubrir los casos donde hay más de una variable dependiente que no pueden ser combinadas de manera simple. Se ha optado por este procedimiento estadístico, porque el MANOVA es una prueba que analiza la relación entre varias variables dependientes y un

conjunto de predictores al mismo tiempo. Al igual que el ANOVA, el MANOVA exige variables dependientes continuas y predictores categóricos. Además, tiene algunas ventajas importantes en comparación con la ejecución de múltiples análisis de ANOVA, que utiliza sólo una variable dependiente a la vez. Entre esas ventajas, destaca que es una prueba que aumenta la potencia de los análisis, pues para probar la igualdad de medias al mismo tiempo utiliza las covarianzas de los datos entre las variables dependientes, y si las variables dependientes están correlacionadas, puede ayudar a detectar diferencias muy pequeñas, las cuales no sería posible detectar con la ejecución de análisis ANOVA individuales. Además, detecta patrones de respuestas multivariadas, es decir, el factor puede afectar la relación entre las respuestas o variables dependientes en lugar de afectar una respuesta individual. Dicho de otro modo, con MANOVA se consideran las posibles interacciones entre variables dependientes. En este sentido es posible que no podamos diferenciar grupos en función de una sola variable dependiente pero sí hacerlo incluyendo varias simultáneamente. Los análisis de ANOVA no detectarían estos patrones multivariados. Finalmente controla la tasa de error dado que la probabilidad de rechazar de manera incorrecta la hipótesis nula aumenta con cada ANOVA sucesivo. La ejecución de un solo MANOVA para probar todas las variables de respuesta al mismo tiempo mantiene la tasa de error en su nivel de alfa nominal. Es decir, a diferencia de múltiples ANOVA, con MANOVA no incrementamos el error de tipo I (Arriaza, 2006).

El MANOVA pues, pone a prueba las diferencias en el centroide de medias de las variables dependientes en función de las distintas categorías de las variables independientes. Es útil en aquellos casos donde se pretende evaluar las diferencias entre las medias de las puntuaciones correspondientes a un conjunto de variables dependientes. Si se realizan múltiples ANOVAS, se asume que no hay correlación entre las variables dependientes, cosa que no siempre sucede. Cuando hay correlación entre las variables dependientes, MANOVA tiene mejor potencia que ANOVA, pues permite detectar diferencias que no pueden detectarse realizando análisis separados con cada una de las variables dependientes incluidas en el diseño.

Al igual que en ANOVA, se requiere que la variable métrica no incumpla (fuertemente) el requisito de normalidad y que las varianzas internas de los grupos sean razonablemente iguales, es decir, el MANOVA extiende estos requisitos hacia una dimensión multivariante. Aunque raramente estos se satisfacen, desde un punto de vista práctico, y gracias a la robustez

de los estadísticos que se usan, podemos sacar conclusiones válidas incluso en situaciones de no normalidad multivariante y/o heterocedasticidad (desigualdad de varianzas entre grupos). Por tanto, los supuestos estadísticos paramétricos que han de cumplir los datos para que se les pueda aplicar el análisis de varianza son tres: deben proceder de muestras aleatorias simples, debe existir normalidad en la distribución de los datos y las varianzas de las subpoblaciones deben ser iguales.

En este caso, se han realizado previamente las comprobaciones oportunas de normalidad de la distribución mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para comprobar la homocedasticidad de la muestra. El nivel de significación se fijó en  $p < .05$ .

El primer paso básico en un MANOVA trata de valorar la significación estadística de las diferencias multivariantes entre los grupos. Para este fin nos encontramos con cuatro estadísticos a partir de los cuales contrastar la hipótesis nula de igualdad de vectores de medias: MRC de Roy, Lambda de Wilks, Criterio de Pillai y la Traza de Hotelling. Estos estadísticos nos permiten afirmar que existe un comportamiento diferente en los distintos grupos formados a partir de los valores de la/s variable/s independiente/s o factor/es, siempre y cuando se sitúen por debajo del nivel de significación (generalmente .05). Entre los diversos criterios para valorar la significación estadística de estas diferencias, se ha escogido el criterio de Pillai, por ser el más robusto al incumplimiento de los supuestos subyacentes a la técnica (Tabachnick & Fidell, 2007).

El segundo paso en un MANOVA se lleva a cabo si la prueba multivariada arroja resultados estadísticamente significativos; entonces se realizan pruebas univariadas de diferencias entre-grupos, para conocer las diferencias exactas entre categorías variable dependiente a variable dependiente, seguidas de las necesarias pruebas a posteriori. Por lo tanto, ante los efectos multivariantes significativos, se realizaron ANOVAs de continuación, y en el caso de las interacciones significativas, las pruebas de contraste de medias adecuadas, con corrección de Bonferroni. El análisis de la varianza no sólo permite determinar si los factores tienen o no influencia en la variable dependiente sino también descubrir qué grupos dentro de cada factor tienen una media estadísticamente diferente del resto de grupos. Las pruebas post hoc o pruebas a posteriori se efectúan después de ejecutar el Análisis de la Varianza y solamente tienen sentido cuando se detecta un efecto global estadísticamente significativo. Para este propósito utilizamos pruebas post-hoc de comparaciones múltiples

como la de Games Howell y Tukey. La prueba de Games-Howell es la más adecuada cuando no se asume la igualdad de las varianzas y el diseño es no ortogonal (grupos desequilibrados). Es una prueba que está basada en la prueba no paramétrica de Welch para diseños entre-grupos, mientras que la segunda se utiliza cuando este número es similar y es más potente. Es decir, cuando los grupos están equilibrados (tienen el mismo número de individuos) y las varianzas son similares (podemos asumir que están igualmente dispersos). Es un test que se suele utilizar cuando se quiere comparar cada grupo con todos los demás.

También se estimó el tamaño del efecto (Eta-cuadrado parcial) que ofrece información sobre porcentaje de varianza explicado. En este sentido, Cohen (1988) define el tamaño del efecto como “el grado en que el fenómeno se presenta en la población” (p. 9), o “el grado en el que la hipótesis nula es falsa” (p. 10). Los tamaños del efecto son medidas que desde su conceptualización están orientados a dar información sobre la magnitud de un determinado fenómeno o análisis en psicología; es decir, dan información y permiten el análisis de la significancia práctica de un resultado. A este respecto, Cohen (1992) ofrece una guía para la interpretación de las magnitudes de dichos efectos: .02, .13 y .26. Se emplean estos valores como punto de corte de un tamaño del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente.

Conviene matizar que aunque una  $p$  estadísticamente significativa indica que el efecto probablemente existe y que por tanto hay diferencias. A veces, lo contrario no se cumple. Es decir, si la  $p$  es mayor de 0.05 (no es estadísticamente significativa) puede significar que el efecto no existe, pero también que el efecto sí que existe pero el estudio no tiene la potencia estadística suficiente para detectarlo. La potencia depende del tamaño del efecto y del tamaño de la muestra. Aunque el efecto sea grande, puede no ser estadísticamente significativo si el tamaño de la muestra no es suficiente. Así, ante una  $p > .05$  no podemos concluir con seguridad que el efecto no es real (simplemente, no podemos rechazar la hipótesis nula de no efecto). En algunos de los que no se detecta significación puede ser por falta de potencia y no porque el efecto sea real. Por esta razón, una pequeña diferencia puede ser estadísticamente significativa si disponemos de un tamaño muestral lo suficientemente grande y, por el contrario, un efecto o diferencia relativamente grande puede no alcanzar la significación estadística si la variabilidad es grande debida a un pequeño tamaño muestral.

En tercer lugar, para explorar las relaciones entre las variables incluidas en el diseño que hacían referencia a la frecuencia de contacto con la red familiar más próxima, en concreto, entre el número de familiares ascendientes y descendientes y la frecuencia de contacto con los

familiares directos: Hijos, Nietos y Padres vivos con las variables psicológicas analizadas en este estudio. Para ello, se realizaron correlaciones de Pearson y Spearman entre las variables. El fin era determinar si estas variables están relacionadas.

El objetivo de este análisis es cuantificar la relación entre dos variables cuantitativas u ordinales. Si bien un alto grado de correlación, medido por el coeficiente de correlación, puede sugerir una relación causa-efecto, lo contrario no es siempre cierto. Esto es debido a que el análisis de correlación mide el grado de relación lineal entre dos variables. Conviene además aclarar que un coeficiente de correlación alto no implica necesariamente una relación de causalidad, ya que dos variables independientes pueden moverse en la misma dirección por efecto de otra tercera sin ser una el resultado de la otra. Y conviene ser cauteloso a la hora de afirmar la independencia de dos variables por tener un coeficiente cercano a cero (Arriaza, 2006).

El coeficiente de correlación de Pearson ( $r_{xy}$ ) varía entre -1 (relación lineal negativa perfecta) y 1 (relación lineal positiva perfecta), los valores de  $r = .10$ , indican un efecto pequeño y poca relación entre las variables,  $r = .30$  indican un efecto moderado y  $r = .50$  o mayor indican una gran relación entre las variables. Para cada bloque de variables antes mencionado, se presentan dos análisis de correlación, por una parte, una correlación paramétrica, el Coeficiente de correlación de Pearson, por su potencia estadística o capacidad para producir rechazo de la Hipótesis nula  $H_0$ , y por otra, una correlación no paramétrica más robusta, el Coeficiente de correlación de Spearman, ya que algunas variables no cumplirían con el supuesto de distribución normal necesario para aplicar el Coeficiente de correlación de Pearson. En total 8 correlaciones.

Finalmente, para evaluar el ajuste del modelo teórico hipotetizado de envejecimiento con éxito basándonos en la adaptación del Modelo Integral PCP de Kahana et al. (2014) a las variables LOL utilizadas en esta investigación, se empleó un modelo de ecuaciones estructurales para predecir la calidad de vida en el envejecimiento exitoso.

Los modelos estructurales ponen a prueba un número elevado de relaciones (hipótesis de relación) entre variables de manera simultánea, y se evalúan mediante índices y estadísticos de ajuste que responden a si las relaciones planteadas, en su conjunto, son razonables. El modelo de ecuaciones estructurales especificado, estimado y puesto a prueba fue un *path analysis* o análisis de rutas, que se puede consultar en la Figura 49. El Path analysis (en

adelante PA) es un método que permite evaluar el ajuste de modelos teóricos en los que se proponen un conjunto de relaciones de dependencia entre variables. Si bien este método no prueba la causalidad sino que sólo ayuda a seleccionar o inferir entre hipótesis causales. Puede considerarse una extensión del modelo de regresión múltiple, donde no solamente se verifica la contribución directa de un conjunto de variables independientes sobre una dependiente sino también la interacción entre las variables predictoras y la influencia indirecta de las mismas sobre las variables dependientes (Aron & Aron, 2001; Pérez, Medrano, & Sánchez Rosas, 2013). Es decir, se trata de realizar una serie de regresiones para analizar la relación entre variables independientes y dependientes, las cuales a su vez pueden operar como variables independientes de otras variables incluidas en el modelo. Por otra parte, el PA busca evaluar el ajuste del modelo, es decir, el grado en que el modelo propuesto representa las relaciones entre las variables bajo estudio. Un modelo “correcto” conduce a diferencias reducidas entre las varianzas y covarianzas observadas y las reproducidas por el modelo. En otros términos, el PA permite detectar modelos poco ajustados a la realidad y proveer estimaciones de la magnitud y la significación de las relaciones hipotetizadas entre un conjunto de variables (Pérez et al., 2013). En esencia, se establece formalmente un modelo que es una explicación teórica plausible de por qué las variables están relacionadas.

Siempre que se cumplan los supuestos referidos, al igual que en la regresión múltiple, estos son los supuestos relacionados como el tener un tamaño de la muestra adecuada, independencia de los errores, distribución normal multivariada, linealidad, multicolinealidad, recursividad, nivel de medición intervalar y presentar niveles aceptables de confiabilidad. El método más común de estimación es el de máxima verosimilitud (ML, Maximum Likelihood). Se trata de un método robusto a ligeras desviaciones de la distribución normal (valores de hasta 70 en el coeficiente de Mardia) (Bentler, 1985) y es uno de los procedimientos recomendados para este tipo de datos (Finney & DiStefano, 2006).

Para evaluar el ajuste al modelo, es decir, determinar si las relaciones entre las variables del modelo estimado reflejan adecuadamente las relaciones observadas en los datos, de los diversos índices y estadísticos, en este estudio se incluyeron los recomendados por la literatura (Hu & Bentler, 1999; Tanaka, 1993): (a) estadístico de chi-cuadrado (ajuste absoluto, que indica un ajuste adecuado cuando no resulta estadísticamente significativo) (Kline, 2015; Ullman, 1996), (b) el índice de ajuste comparativo (CFI, *Comparative Fit Index*), es decir, los de ajuste relativo que comparan el ajuste respecto a otro modelo, con

criterio de corte de .90 (idealmente, valores mayores de .93 son indicativos de un ajuste adecuado) (Bentler, 1990), (c) la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*), con un criterio de corte también de .08 o menor como indicativo de buen ajuste (Steiger & Lind, 1980) ; y (d) el GFI (*Goodness-of-Fit Index*), que indica modelos adecuados cuando los valores son superiores a .90 (Hoyle & Panter, 1995); (e) la raíz media normalizada de los residuos al cuadrado (SRMR, *Standardized Root Mean square Residual*), que se considera indicativo de un buen ajuste cuando cobra valores menores a .08 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2015). Ninguno de estos estadísticos de ajuste aportan toda la información necesaria para valorar el modelo, por lo cual habitualmente se utiliza un conjunto de ellos simultáneamente. Tal y como indican Hu y Bentler (1999), un CFI de al menos .95 y un RMSEA de menos .06 juntos indican un buen ajuste del modelo hipotetizado a los datos. Este ajuste global se complementa con la prueba de la significatividad estadística de cada una de las relaciones planteadas en el modelo, que se conoce como ajuste analítico.

Webley y Lea (1997) indican algunas limitaciones que se deben considerar cuando utiliza el PA. En primer lugar, este método no permite determinar de manera definitiva la dirección de causalidad. Los resultados del análisis suministran apoyo o refutación para las relaciones hipotéticas expresadas en el modelo. Por consiguiente, el PA no es un procedimiento exploratorio y su utilidad es manifiesta cuando el investigador posee hipótesis claras, sustentadas teóricamente, y con apoyo empírico previo. Por otra parte, las medidas nominales u ordinales con pocas categorías (incluyendo las variables dicotómicas) violan los supuestos del método cuando las distribuciones son fuertemente asimétricas, particularmente en las variables dependientes. Finalmente, no puede usarse este método en situaciones que incluyan efectos retroactivos en las hipótesis. En síntesis, el PA no es un medio para demostrar causalidad de manera precisa sino que es un método para describir las implicancias de un conjunto de hipótesis causales que el investigador desea imponer a un sistema de relaciones entre variables (Pérez et al., 2013; Stage, Carter, & Nora, 2004).

# Capítulo 9

## RESULTADOS

*“Para investigar la verdad es preciso dudar,  
en cuanto sea posible, de todas las cosas”*

René Descartes (1596 – 1650)

Filósofo, matemático y físico francés



En el siguiente apartado se procederá a describir y resumir las respuestas de los participantes a las preguntas y cuestionarios, para pasar después a presentar y sintetizar los resultados pertinentes a los diferentes objetivos propuestos de la presente tesis doctoral.

En este capítulo presentaremos los resultados obtenidos, divididos en cinco partes. En el primer apartado vamos a analizar las posibles diferencias existentes entre las variables sociodemográficas: Sexo, Estado Civil, Edad y Situación Laboral y las variables dependientes analizadas en esta investigación como indicadores/componentes del envejecimiento activo, exitoso y saludable. Estas variables dependientes, a su vez, se presentan distribuidas en cuatro grupos para facilitar los análisis en función de las relaciones teóricas y empíricas entre ellas. De forma que los grupos de variables dependientes resultantes se resumen en:

- Recursos Sociales: Red social y Apoyo social funcional.
- Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar psicológico y Satisfacción temporal con la vida.
- Salud: Salud percibida, Depresión y Autocuidado.
- Soledad y Aislamiento: Soledad DJGLS y Soledad UCLA-3.

En el segundo apartado, se explicarán los análisis de las relaciones entre los grupos de variables dependientes que previamente hemos descrito y el número y la frecuencia de contacto con los familiares próximos: hijos, nietos y padres vivos. El propósito es explorar si existe correlación entre la frecuencia de contacto con familiares y los indicadores/componentes de envejecimiento exitoso, activo y saludable que se han considerado para llevar a cabo esta investigación, con el fin de determinar hasta qué punto la red de contactos con parientes próximos se asocia con dichas variables.

En el tercer punto de esta sección, se presentarán los resultados obtenidos en los análisis realizados para investigar las posibles diferencias existentes en las variables dependientes en función de las situaciones de cuidado que han sido exploradas en este estudio, por una parte, el Cuidado a familiares dependientes y por otra parte, el Cuidado de Nietos. El propósito de estos análisis es averiguar cómo el Cuidado informal, ya sea el cuidado de dependientes o el cuidado a los nietos, influye y produce cambios positivos o negativos en las variables dependientes estudiadas y que son indicadores/componentes del envejecimiento exitoso, activo y saludable. Se han realizado estos análisis en primer lugar con las variables independientes sin recodificar ni agrupar las categorías de respuesta. Tras estos análisis

previos en segundo lugar, se consideró recodificar las condiciones o categorías de respuesta en ambas variables independientes: Cuidado de familiares dependientes y el Cuidado de Nietos.

A continuación, en el cuarto apartado de este capítulo, se comentan los resultados obtenidos tras los análisis multivariantes efectuados para poner a prueba los efectos principales y de interacción de variables sociodemográficas categóricas sobre los cuatro grupos de variables dependientes: Recursos sociales, Bienestar y Satisfacción vital, Salud y Soledad y Aislamiento social. Dado el tamaño de la muestra de este trabajo, y el número de categorías en las variables independientes, no es posible estimar un solo 2 (Sexo) x 3 (Edad) x 2 (Estado Civil) x 4 (Situación Laboral) x 3 (Cuidado familiares dependientes) x 4 (Cuidado Nietos) MANOVA. Por esta razón y puesto que la variable Sexo se considera un variable independiente principal, se calcularon varios MANOVAs. El propósito es poner a prueba el potencial efecto moderador del género en esta predicción y si el sexo se interrelaciona con otras variables sociodemográficas alterando el comportamiento de las variables dependientes consideradas como indicadores o componentes del envejecimiento activo, saludable y con éxito. Es decir, desde un punto de vista no formal, decimos que existe interacción entre dos factores cuando el efecto de uno de ellos sobre la variable dependiente no es el mismo en todos los niveles del otro factor. Esto equivale a afirmar que existe interacción cuando el resultado de la combinación de dos factores difiere de la suma de los efectos principales de esos factores.

Como al final se ha realizado muchos análisis estadísticos para poner a prueba los diferentes objetivos e hipótesis planteados, al acabar cada apartado se han resumido todos los resultados obtenidos para cada variable independiente analizada en una tabla resumen, con el fin de clarificar y ordenar dichos resultados visualmente para que sean más sencillos de asimilary analizar posteriormente.

En último lugar, en el quinto apartado, realizaremos la presentación de los resultados obtenidos en relación al ajuste global del modelo teórico hipotetizado de envejecimiento con éxito, el cual se basaba en la adaptación del Modelo Integral PCP propuesto por Kahana et al. (2014) a las variables analizadas en esta investigación, es decir, en qué medida el modelo hipotetizado reproduce de manera adecuada las relaciones que se producen entre los datos.

## **9.1. Análisis diferencial de las variables dependientes en función de las variables sociodemográficas.**

En este primer apartado dentro de la sección de Resultados se van a describir los resultados obtenidos en diferentes análisis multivariados con el objetivo de relacionar aspectos sociodemográficos con las variables consideradas en esta investigación como indicadores/componentes del envejecimiento con éxito: Red Social, Apoyo Social, Bienestar Psicológico, Satisfacción Vital, Salud percibida, Depresión, Autocuidado, Soledad y Aislamiento. Como ya se ha dicho en la sección de Análisis de datos del capítulo de Método, estos resultados serán presentados agrupados en cuatro bloques en función de las características y similitudes de cada variable, con el fin de presentar los resultados obtenidos de una forma más organizada, ordenada, sintetizada y facilitar así su comprensión. Finalmente las variables han sido agrupadas en las siguientes secciones: Recursos Sociales, Bienestar Psicológico/Satisfacción con la vida, Salud y Soledad/Aislamiento social.

Uno de los principales intereses de este estudio se centra en discriminar cuáles de las variables sociodemográficas tales como: el Sexo, la Edad, el Estado Civil y la Situación Laboral, pueden conectarse en mayor medida con las variables dependientes. Dicho de otro modo, en qué medida pueden influir en ellas. Y para ello, vamos a analizar de forma detallada las posibles diferencias existentes entre las variables sociodemográficas cualitativas como el Sexo, el Estado Civil, la Edad y la Situación Laboral en el conjunto de las variables dependientes analizadas.

El procedimiento estadístico empleado para aceptar o rechazar la existencia de diferencias significativas en función de las variables sociodemográficas ha sido el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente han sido los sociodemográficos estudiados y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas, habiendo comprobado previamente la razonable normalidad de la distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la prueba de Levene para comprobar el supuesto de homoscedasticidad.

### **9.1.1 Análisis diferencial de las variables en función del Sexo**

Con el objetivo de investigar si existían diferencias en función del Sexo de los participantes en las variables dependientes se presentarán los resultados obtenidos mediante el

análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde en este primer punto, el factor o variable independiente ha sido el Sexo de los participantes y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas analizadas. Se pretende analizar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los siguientes grupos de variables: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad o Aislamiento social.

#### ***9.1.1.1. Recursos Sociales: Red social y Apoyo social.***

En primer lugar, en la Tabla 7 se muestran los análisis descriptivos obtenidos para las variables que evalúan los Recursos Sociales. En dicha tabla podemos comprobar que en concreto para la Red Social y Estructural, la puntuación media obtenida por las mujeres es ligeramente mayor ( $M = 3.6$ ;  $DT = .84$ ) que para los hombres ( $M = 3.5$ ;  $DT = .80$ ), lo que indicaría una composición de la red social algo mayor en el grupo de mujeres representadas en esta muestra. Por otra parte, en cuanto a la variable Apoyo Social Funcional, la media respecto a las puntuaciones obtenidas en los dos factores es mayor para el Apoyo social afectivo para ambos sexos. Además, se observa que en cuanto al factor Apoyo social confidencial, las mujeres obtienen una puntuación media ( $M = 4.01$ ;  $DT = .86$ ) algo mayor que la de los hombres ( $M = 3.9$ ;  $DT = .91$ ), indicando que en esta muestra en concreto, el grupo de mujeres perciben ligeramente un mayor apoyo social confidencial, es decir, perciben que pueden recibir información, consejo o guía, o bien cuentan con personas con las que pueden compartir sus preocupaciones o problemas. En cambio, no ocurre lo mismo en cuanto al factor Apoyo social afectivo, pues en este caso los hombres obtienen una puntuación media más alta ( $M = 4.10$ ;  $DT = .94$ ), siendo algo mayor que la de las mujeres (la puntuación media de las mujeres es de 4.07), lo cual puede indicar que perciben un mayor apoyo en cuanto a expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia a algún grupo.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.

VARIABLES	SEXO	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Hombre	3.4905	.80125	193
	Mujer	3.6038	.84312	421
	Total	3.5682	.83120	614
Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	3.9057	.91430	193
	Mujer	4.0184	.86182	421
	Total	3.9829	.87947	614
Apoyo social afectivo-Duke	Hombre	4.1062	.94477	193
	Mujer	4.0730	.93336	421
	Total	4.0835	.93632	614

Nota: N=Tamaño muestral.

En segundo lugar, para poner a prueba si estas pequeñas diferencias detectadas entre sexos en las puntuaciones medias obtenidas en las escalas eran significativas y realmente no son debidas al azar, se realizaron los pertinentes contrastes multivariados. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 8, y en ella podemos apreciar que el MANOVA sí mostró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el conjunto de variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales, pues el valor de la traza de Pillai es de .019, el cual está asociado a un valor de  $F(3, 610)=3.868$ ,  $p = .009$ ;  $\eta^2 = .019$ . El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del sexo es un 1.9% de la variabilidad en las variables de Apoyo social (Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo) y la Red social analizadas globalmente.

Tabla 8. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.019	3.868	3.000	610.000	.009	.019
	Lambda de Wilks	.981	3.868	3.000	610.000	.009	.019
	Traza de Hotelling	.019	3.868	3.000	610.000	.009	.019
	Raíz mayor de Roy	.019	3.868	3.000	610.000	.009	.019

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

A la luz de los resultados del MANOVA, se realizaron los correspondientes ANOVAs de continuación para establecer exactamente en qué dimensiones residen esas diferencias. Tal y

como se puede observar en la Tabla 9, los análisis muestran que no hay diferencias significativas en los Recursos Sociales por separado (Red social y estructural, Apoyo Social Confidencial y Apoyo Social Afectivo) en función del sexo de los participantes, es decir, entre hombres y mujeres.

Tabla 9. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Sexo.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural-Lubben	1.698	1	1.698	2.464	.117	.004
	Apoyo social confidencial-Duke	1.680	1	1.680	2.177	.141	.004
	Apoyo social afectivo-Duke	.146	1	.146	.166	.684	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

Dado que los ANOVAs de continuación, uno a uno, no han resultado significativos, pensamos que el MANOVA es la prueba más eficaz para encontrar las diferencias entre las variables, pues detecta patrones de respuestas multivariadas, es decir, el factor puede afectar la relación entre las respuestas o variables dependientes en lugar de afectar una respuesta individual, tal y como se ha evidenciado. Por lo tanto, tras realizar el MANOVA podemos decir que en conjunto y tomando las variables de forma global, sí que aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la Red social y en Apoyo social funcional, aunque estas diferencias sean pequeñas.

### **9.1.1.2. Bienestar y Satisfacción: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida**

En la siguiente sección, para comprobar si existían diferencias en función del Sexo de los participantes en Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital, se presentarán los resultados obtenidos del MANOVA realizado, donde el factor o variable independiente ha sido el Sexo y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas analizadas conjuntamente: la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala Temporal de Satisfacción con la vida. Se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) para evaluar el comportamiento de dichas variables en hombres y mujeres por separado y que se muestran en la siguiente Tabla 10.

Se observa que a nivel descriptivo, las mujeres reportan puntuaciones medias mayores en las siguientes dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: Autonomía ( $M=3.52$ ;  $DT = .52$ ) y Crecimiento Personal ( $M = 3.90$ ;  $DT = .86$ ). Es decir, por una parte, resisten mejor a la presión social autorregulando mejor su comportamiento, y por otra, muestran una mayor capacidad de esfuerzo para desarrollar sus potencialidades con el objetivo de crecer y expandirse como ser humano. En cambio, los hombres informan de puntuaciones mayores en Autoaceptación ( $M = 3.60$ ;  $DT = .61$ ), esto es, manifiestan una mayor actitud positiva hacia uno mismo siendo consciente de sus propias limitaciones. También obtienen valores más altos en el factor Relaciones positivas con los demás ( $M= 3.59$ ;  $DT=.94$ ), es decir, declaran tener relaciones sociales estables y tener amigos con los que confiar. En cuanto al factor Dominio del Entorno, que se refiere a sentir una mayor sensación de control sobre el mundo y sentirse capaces de influir en el contexto que les rodea, los hombres puntúan más alto ( $M = 3.62$ ;  $DT = .56$ ) al igual que en el factor Propósito de Vida ( $M=3.32$ ;  $DT = .61$ ), donde una mayor puntuación significa que la persona tiene metas claras siendo capaz de definir sus objetivos vitales, es decir, se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida.

Por otra parte, en lo referente al constructo Satisfacción con la vida, los hombres obtienen puntuaciones medias superiores en la dimensión de Satisfacción con la vida pasada ( $M= 3.44$ ;  $DT = .84$ ) y presente ( $M = 3.79$ ;  $DT = .86$ ), mientras que las mujeres en Satisfacción con la vida futura ( $M= 3.53$ ;  $DT = .68$ ). En general, estas tendencias muestran que los hombres se sienten más satisfechos respecto a las experiencias vividas de su pasado y presente, mientras que las mujeres lo están respecto a la satisfacción con el futuro, es decir, informan de una visión de la perspectiva del tiempo futuro más optimista y positiva, predicha por la tendencia a planear para el futuro, la fijación de metas, el crecimiento personal, la puntualidad y el cumplimiento de los plazos.

Estas puntuaciones obtenidas son interesantes por el hecho de que reflejan en parte, las desigualdades de género vividas a lo largo de la trayectoria vital y que condicionan el envejecimiento, en especial el de las mujeres mayores, cuya evaluación respecto a su calidad de vida y satisfacción vital (tanto en el momento pasado como en la actualidad) está restringida por las experiencias vividas. Esta cohorte de edad, especialmente de mujeres, se caracteriza en mayor medida que los grupos más jóvenes por una mayor vivencia de desigualdades en cuanto al acceso a oportunidades (educativas, laborales, económicas, roles de género etc.). Situaciones todavía muy presentes, y que condicionan la evaluación de la

satisfacción vital en general. De forma que la dimensión temporal de la vida aporta un matiz interesante para la interpretación de estos resultados, aportando sutiles diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de estas variables.

Tabla 10. *Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo.*

VARIABLES	Sexo	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	3.4948	.51928	193
	Mujer	3.5216	.52610	417
	Total	3.5131	.52367	610
Environmental Mastery Ryff	Hombre	3.6252	.56877	193
	Mujer	3.5232	.56802	417
	Total	3.5555	.56977	610
Personal Growth Ryff	Hombre	3.7850	.57732	193
	Mujer	3.9093	.86384	417
	Total	3.8699	.78623	610
Positive relations Ryff	Hombre	3.5950	.94903	193
	Mujer	3.5364	.75112	417
	Total	3.5549	.81858	610
Purpose in life Ryff	Hombre	3.3212	.61272	193
	Mujer	3.3082	.65461	417
	Total	3.3123	.64118	610
Self acceptance Ryff	Hombre	3.6010	.61732	193
	Mujer	3.5144	.66931	417
	Total	3.5418	.65405	610
Satisfacción Vida Pasada	Hombre	3.4482	.84800	193
	Mujer	3.4011	.88708	417
	Total	3.4160	.87448	610
Satisfacción Vida Presente	Hombre	3.7964	.86060	193
	Mujer	3.7157	.87342	417
	Total	3.7413	.86949	610
Satisfacción Vida Futura	Hombre	3.5122	.72374	193
	Mujer	3.5344	.68525	417
	Total	3.5273	.69714	610

Nota: N=Tamaño muestral; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff (autoaceptación).

A continuación, para poner a prueba estas pequeñas diferencias encontradas entre sexos en estas variables que se han encontrado a nivel descriptivo, se realizó un contraste multivariado, cuyos resultados obtenidos en el MANOVA y que se muestran en la Tabla 11 informó de que estas diferencias en las puntuaciones medias entre mujeres y hombre en los

factores o dimensiones de Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital analizadas conjuntamente no son significativas, pues el valor obtenido de la traza de Pillai es de .025 asociado a un valor de  $F(9,600) = 1.681$ ;  $p = .090$ ;  $\eta^2 = .025$ . El tamaño del efecto en la explicación de la varianza global es de 2.5%, por lo que el efecto es bajo. Por tanto, no se tiene suficiente evidencia para indicar que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital.

Tabla 11. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.025	1.681	9.000	600.000	.090	.025
	Lambda de Wilks	.975	1.681	9.000	600.000	.090	.025
	Traza de Hotelling	.025	1.681	9.000	600.000	.090	.025
	Raíz mayor de Roy	.025	1.681	9.000	600.000	.090	.025

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

En nuestro caso, a pesar del tamaño muestral grande de este estudio, y en base al tamaño del efecto obtenido en el contraste de hipótesis, que muestra que la capacidad explicativa del sexo es de un 2.5% de la variabilidad en las variables Bienestar y Satisfacción analizadas globalmente, y siendo éste un porcentaje, que en base a la interpretación de la magnitudes del tamaño del efecto que propone Cohen (1992), indica un efecto pequeño, se realizaron los pertinentes ANOVAs de seguimiento posteriormente. Así, teniendo en cuenta los análisis univariados realizados a continuación para comprobar si el Sexo tenía algún efecto significativo en las variables dependientes cuando se analizan individualmente (ANOVAs de continuación), es decir, para cada dimensión o factor de Bienestar Psicológico y de la Satisfacción con la vida (ver Tabla 12), habiendo resultado sólo significativo el factor Dominio del entorno (Environmental Mastery) de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff ( $F(1,608) = 4.254$ ;  $p = .040$ ;  $\eta^2 = .007$ ), concluimos que no hay evidencia empírica para afirmar que existen diferencias entre sexos en estas variables psicológicas relacionadas con el envejecimiento satisfactorio. Tan sólo hay evidencia de la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en Dominio del entorno, en donde los hombres informan de valores más altos en esta dimensión, por lo que sienten que tienen mayor

habilidad para condicionar el mundo que les rodea sintiéndose capaces de influir sobre el contexto ambiental. En otras palabras, se refiere a la habilidad para elegir o crear entornos favorables para la satisfacción las propias necesidades psicológicas. Aunque el efecto que ejerce el sexo en esta variable es muy bajo y poco importante (0.7%).

Tabla 12. ANOVAs de continuación para los factores de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Sexo.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Autonomía Ryff	.095	1	.095	.344	.558	.001
	Environmental Mastery Ryff	1.374	1	1.374	4.254	.040	.007
	Personal Growth Ryff	2.038	1	2.038	3.310	.069	.005
	Positive relations Ryff	.453	1	.453	.676	.411	.001
SEXO	Purpose in life Ryff	.023	1	.023	.055	.815	.000
	Self acceptance Ryff	.991	1	.991	2.321	.128	.004
	Satisfacción Vida Pasada	.293	1	.293	.382	.537	.001
	Satisfacción Vida Presente	.858	1	.858	1.135	.287	.002
	Satisfacción Vida Futura	.065	1	.065	.134	.715	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial

### 9.1.1.3. Salud: Salud percibida, Depresión y Autocuidado

A continuación, para comprobar si existían diferencias en función del Sexo en cuanto a la apreciación de Salud percibida, Depresión y Autocuidado analizadas conjuntamente, se presentarán los resultados obtenidos del MANOVA realizado, donde el factor o variable independiente ha sido el Sexo de los participantes y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas que evalúan estas variables antes mencionadas.

En primer lugar, se describen los estadísticos descriptivos sobre el comportamiento de las variables Salud percibida, Depresión y Autocuidado en ambos sexos por separado y que se muestran en la Tabla 13.

Tal y como se observa, en general, tanto hombres como mujeres informan de altos niveles de Salud Percibida, así como de conductas de Autocuidado, especialmente en comportamientos que se relacionan con el Autocuidado Físico y Social. Por el contrario, en la variable psicológica Depresión, las puntuaciones medias registradas son bajas, pues en el

transcurso del último mes reportan sintomatología depresiva entre 1 o dos días al mes únicamente como media. Cuando se analizan los resultados descriptivos por sexos, se observa que las mujeres obtienen puntuaciones medias más altas en las conductas de Autocuidado tanto físico ( $M= 3.96$ ;  $DT= .87$ ), social ( $M= 4.02$ ;  $DT= .62$ ) como interno ( $M= 3.36$ ;  $DT= .94$ ), y también en la variable Depresión ( $M= 1.78$ ;  $DT= .77$ ). En cambio, los hombres obtienen puntuaciones medias superiores en Salud Percibida ( $M= 4.08$ ;  $DT= .63$ ).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.

Variables	Sexo	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hombre	4.0823	.63982	189
	Mujer	4.0018	.67915	412
	Total	4.0271	.66755	601
Self Care-physical	Hombre	3.8721	.69761	189
	Mujer	3.9660	.87240	412
	Total	3.9365	.82203	601
Self Care-social	Hombre	3.9330	.60061	189
	Mujer	4.0214	.62134	412
	Total	3.9936	.61577	601
Self Care-internal	Hombre	2.9339	.95891	189
	Mujer	3.3633	.94190	412
	Total	3.2282	.96729	601
Depresión	Hombre	1.4914	.61544	189
	Mujer	1.7817	.77043	412
	Total	1.6904	.73720	601

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health =Salud Autopercebida; Self Care-Physical =Autocuidado Físico; Self Care-social =Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado interno.

Con el fin de analizar si estas diferencias entre hombres y mujeres observadas en las puntuaciones medias registradas en las escalas son debidas al azar o no, es decir, son estadísticamente significativas, se realizó un análisis multivariante de la varianza, pues posibilita analizar la relación entre varias variables dependientes y un predictor común al mismo tiempo. Los resultados del MANOVA realizado para conocer los efectos del sexo en estas variables psicológicas se muestran a continuación en la Tabla 14.

Se observa en la tabla anterior, que el MANOVA efectuado sí mostró diferencias estadísticamente significativas en función del Sexo de los participantes, dado que valor de la traza de Pillai de .084 asociado a un valor de  $F(5,595) = 10.957$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2 = .084$ . Los resultados reflejan una modesta asociación entre el sexo y la combinación de variables, con

una  $\eta^2$  de .084, es decir, el tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del Sexo es un 8.4% en la variabilidad global de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión tomadas conjuntamente.

Tabla 14. *Contrastes Multivariados para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.084	10.957	5.000	595.000	.000	.084
	Lambda de Wilks	.916	10.957	5.000	595.000	.000	.084
	Traza de Hotelling	.092	10.957	5.000	595.000	.000	.084
	Raíz mayor de Roy	.092	10.957	5.000	595.000	.000	.084

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

Ante los efectos multivariantes significativos, se realizaron los correspondientes ANOVAs de continuación para establecer exactamente en qué dimensiones residen esas diferencias. Dichos resultados se muestran en la Tabla 15. Se obtuvieron diferencias significativas en función del Sexo en el factor Autocuidado Interno (y también en Depresión). El efecto principal del Sexo, aunque pequeño, parece ser más relevante para el factor Autocuidado interno pues explicó un 4.3% de la varianza explicada (en base a los criterios de interpretación de las magnitudes de dichos efectos que estableció Cohen en 1992. Para la variable Depresión, el tamaño del efecto es algo menor aunque sigue siendo el efecto principal del Sexo modesto sobre esta variable, pues la eta al cuadrado obtenida es de .033 y explica el 3.3% de la varianza explicada. Estas diferencias significativas en función del sexo se pueden observar en la Tabla 13 de descriptivos, donde las medias de las mujeres fueron más altas en ambas variables significativas: Autocuidado Interno y Depresión. Con lo cual hay evidencias de que las mujeres implementan más conductas para su autocuidado interno para equilibrar su salud mental, emocional y espiritual. Además, también hay evidencias de que las mujeres manifiestan significativamente mayor sintomatología depresiva que los hombres, tal y como ha constatado reiteradamente la literatura al respecto.

Tabla 15. ANOVAs de continuación para Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Sexo.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	.841	1	.841	1.890	.170	.003
	Self Care-physical	1.142	1	1.142	1.692	.194	.003
	Self Care-social	1.014	1	1.014	2.681	.102	.004
	Self Care-internal	23.890	1	23.890	26.624	.000	.043
	Depresión	10.918	1	10.918	20.751	.000	.033

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial, Perceived Health =Salud Percibida; Self Care-physical =Autocuidado Físico; Self Care-social =Autocuidado Social; Self Care-Internal =Autocuidado Interno.

En definitiva, los resultados obtenidos evidencian diferencias significativas entre hombres y mujeres en Autocuidado Interno y en Depresión, de forma que las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres y a su vez, llevan a cabo en mayor medida que los hombres, conductas o comportamientos relacionados con el Autocuidado interno y que les ayudaría a equilibrar las emociones y mantener la mente sana. Lo cual es lógico dado que al presentar mayores síntomas depresivos sienten a su vez la necesidad de adoptar comportamientos que les ayuden a equilibrar la mente y las emociones como posible mecanismo de compensación en un afrontamiento satisfactorio del envejecimiento. Se podría considerar como una forma de comportamiento o una conducta resiliente para compensar el malestar emocional causado por una mayor presencia de sintomatología depresiva.

#### 9.1.1.4. Soledad y Aislamiento Social

Seguidamente, para comprobar si existían diferencias en función del Sexo en las variables Soledad y Aislamiento Social, ambas analizadas conjuntamente, se presentarán los resultados obtenidos del MANOVA que se ha realizado, donde el factor o variable independiente ha sido el Sexo y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas que evalúan la Soledad: por una parte la Escala de Soledad DJGLS y por otra, la Escala de Soledad UCLA-3.

A nivel descriptivo, en la Tabla 16 se presentan las puntuaciones medias para ambos sexos en las dos escalas, en la cual se puede apreciar que los hombres informan de puntuaciones medias mayores en el factor de Soledad social de la Escala de Soledad DJGLS ( $M = .60$ ;  $DT = .43$ ). Dicho factor explora la sensación de pertenencia y la soledad a nivel

social. En cambio, las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas en el factor de Soledad emocional ( $M = .41$ ;  $DT = .48$ ), el cual indaga sobre los sentimientos de desolación y falta de relaciones de apego, es decir la percepción de soledad emocional. Por otra parte, respecto a la variable Aislamiento Social, evaluada con la Escala de Soledad de la UCLA-3 (que mide la sensación de soledad, sentirse solo, como consecuencia de los déficits relacionales de la persona), las mujeres obtienen una puntuación media superior en el factor Aislamiento ( $M=1.02$ ;  $DT = .61$ ), mientras que los hombres puntúan más alto en el factor Rasgo Soledad o Soledad global ( $M = 1.01$ ;  $DT = .53$ ) así como en Conexión Social ( $M = .63$ ;  $DT = .44$ ).

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad (DJGLS) y Aislamiento Social (UCLA-3) en función del Sexo.

Variables	Sexo	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Hombre	.6075	.43726	194
	Mujer	.5177	.43581	418
	Total	.5462	.43791	612
Soledad Emocional- DJGLS	Hombre	.3691	.44076	194
	Mujer	.4179	.48311	418
	Total	.4024	.47029	612
Aislamiento-UCLA 3	Hombre	.9172	.57638	194
	Mujer	1.0287	.61974	418
	Total	.9934	.60808	612
Rasgo Soledad- UCLA 3	Hombre	1.0155	.53097	194
	Mujer	.9492	.53323	418
	Total	.9702	.53297	612
Conexión social-UCLA 3	Hombre	.6305	.44096	194
	Mujer	.6127	.43901	418
	Total	.6184	.43935	612

Nota: N=Tamaño muestral; DJGLS= Escala de Soledad DJGLS (de Jong Gierveld Loneliness Scale); UCLA = Escala de Soledad de la UCLA-3.

A continuación, en la Tabla 17, se muestran los resultados obtenidos tras realizar el análisis multivariante de la varianza (MANOVA) con las variables dependientes analizadas conjuntamente. Utilizando el criterio de Pillai, el Sexo afecta significativamente a la combinación de variables dependientes que miden la Soledad (Traza de Pillai =.042;  $F(5,606)=5.374$ ;  $p = .000$ ;  $\eta^2 = .042$ ). Los resultados reflejan una asociación modesta entre Sexo y la combinación de variables, dado que el tamaño del efecto es bajo pues el sexo de los participantes explica el 4.2% de la varianza explicada en las variables dependientes globalmente.

Tabla 17. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Sexo.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.042	5.374	5.000	606.000	.000	.042
	Lambda de Wilks	.958	5.374	5.000	606.000	.000	.042
	Traza de Hotelling	.044	5.374	5.000	606.000	.000	.042
	Raíz mayor de Roy	.044	5.374	5.000	606.000	.000	.042

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

Una vez el MANOVA ha resultado estadísticamente significativo, pasamos a analizar este efecto global, pero variable a variable, mediante los correspondientes ANOVAs de continuación. Los resultados se muestran en la Tabla 18. Los ANOVAs de continuación evidencian diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en el factor Soledad social de la Escala de Soledad DJGLS (y en el factor Aislamiento de la Escala de Soledad de la UCLA-3). Aunque el tamaño del efecto del Sexo en ambas variables es muy pequeño, pues en primer caso el Sexo explica tan solo 0.9% de la varianza explicada y en el otro caso, el 0.7% de la variabilidad en la variable de Aislamiento social.

Tabla 18. *ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Sexo.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social-DJGLS	1.068	1	1.068	5.610	.018	.009
	Soledad Emocional-DJGLS	.315	1	.315	1.427	.233	.002
	Aislamiento	1.646	1	1.646	4.478	.035	.007
	Rasgo Soledad	.582	1	.582	2.054	.152	.003
	Conexión social	.042	1	.042	.216	.642	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Soledad Social-DJGLS=factor de la Escala de Soledad de Jong Gierveld; Soledad Emocional-DJGLS= factor de la Escala de Soledad de Jong Gierveld; Aislamiento= factor de la Escala de Soledad de la UCLA 3; Rasgo Soledad = factor de la Escala de Soledad de la UCLA 3; Conexión Social= factor de la Escala de Soledad de la UCLA 3.

Como conclusión a este apartado podemos afirmar que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en Soledad y Aislamiento Social tomadas

globalmente, y concretamente en dos subcomponentes: uno en el factor de Soledad social y otro en el factor Aislamiento. En el primer caso, los hombres informan de mayor Soledad social que las mujeres (ver Tabla 16 de análisis descriptivos) entendida ésta como resultado de la diferencia entre las relaciones sociales que desea el individuo y las que presenta en realidad, y en cambio, las mujeres informan de mayor Aislamiento social percibido. El aislamiento social es la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas y menor apoyo social. Aunque, en general, en todos ellos los tamaños del efecto observados demuestran un efecto muy pequeño de la explicación de la variable Sexo en los resultados, y por consiguiente estas diferencias significativas encontradas entre hombres y mujeres resultan muy poco relevantes y de poca magnitud. A pesar de ello, es importante tenerlas presentes, pues nos informa de sutiles diferencias de género en el grado y percepción de los sentimientos de soledad.

***9.1.1.5. Resumen de los resultados obtenidos en las variables dependientes en función del Sexo.***

En este apartado, se presentará una tabla a modo de resumen gráfico, de todos los resultados que se han obtenido en referencia a las diferencias de sexo encontradas en las variables dependientes, con la finalidad de sintetizar, simplificar, resumir y entender mejor los hallazgos de los análisis multivariados para su posterior análisis en la discusión.

Tabla 19. Resumen de los resultados obtenidos de los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Sexo.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Diferencias Sexo
Sexo	Recursos Sociales	Traza de Pillai = .019; $F_{3,610} = 3.868; p = .009; \eta^2 = .019$	No	Si. Diferencias multivariantes
	Bienestar y Satisfacción	Traza de Pillai = .025; $F_{9,600} = 1.681; p = .090; \eta^2 = .025$	<b>Dominio del entorno</b> $F_{1,608} = 4.254; p = .040; \eta^2 = .007$	Los hombres > Dominio del entorno
	Salud	Traza de Pillai = .084; $F_{5,595} = 10.957; p = .000; \eta^2 = .084$	<b>Autocuidado Interno</b> $F_{1,599} = 26.624; p = .000; \eta^2 = .043$ <b>Depresión</b> $F_{1,599} = 20.751; p = .000; \eta^2 = .033$	Las mujeres > Autocuidado interno Las mujeres > Depresión
	Soledad y Aislamiento	Traza de Pillai = .042; $F_{5,606} = 5.374; p = .000; \eta^2 = .042$	<b>Soledad social (DJGLS)</b> $F_{1,610} = 5.610; p = .018; \eta^2 = .009$ <b>Aislamiento (UCLA-3)</b> $F_{1,610} = 4.478; p = .035; \eta^2 = .007$	Los hombres > Soledad social Las mujeres > Aislamiento social

Nota:  $F$ = resultado de la prueba  $F$ ;  $p$  = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$ = eta cuadrado parcial; > =mayor; < =menor.

### 9.1.2. Análisis diferencial en las variables en función del Estado Civil<sup>2</sup>.

En este segundo apartado dentro de la sección de Resultados, y con el objetivo de investigar si existían diferencias significativas en función del Estado Civil de los participantes en las variables dependientes, se presentarán los resultados obtenidos mediante el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente ha sido en esta ocasión la variable cualitativa Estado Civil y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas analizadas. Se pretende analizar por tanto, si existen diferencias significativas entre la condición de estar casado y tener una pareja sentimental o no tenerla (Casado versus Resto) en los resultados obtenidos en dichas variables: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad.

En un principio, en el Cuestionario que cumplimentaron los participantes en el estudio, la variable Estado Civil, presentaba las siguientes categorías de respuesta: “Casado”, “Soltero”, “Divorciado/Separado” y “Viudo”. De los 652 cuestionarios recogidos, finalmente se estudió en una muestra formada por 628 personas pues se contabilizaron 26 casos no válidos, en donde cerca del 73.2% ( $N = 458$  personas) indicaron que estaban casadas en la actualidad, el 8.8% ( $N = 55$  personas) señalaron que estaban solteras, el 7.3% ( $N = 46$  personas) eran divorciados o separados y en último lugar el 10.7% manifestaron ser viudos/as ( $N = 67$  personas). Pero, con el fin de encontrar posibles diferencias significativas en las variables dependientes en función de Estado Civil que presentara la persona, se decidió agrupar las categorías de dicha variable finalmente en dos: por una parte las personas “Casadas” y que por lo tanto convivían con una pareja sentimental (que eran la mayoría) y por otro la categoría “Resto”, que agrupó las categorías de Solteros, Divorciados/Separados y Viudos, y que pretendía agrupar las condiciones en las que las personas no contaban, en principio, con una pareja sentimental con la que conviven. De forma que finalmente el 73.2% ( $N = 458$  personas) estaban “Casados” y el “Resto” representaba el 26.8%, es decir, 168 personas. Con esta recategorización de la variable Estado Civil en dos subcategorías: “Casados vs Resto”, se pretendía simplificar los análisis multivariantes de la varianza y a su vez aumentar la potencia estadística para poder encontrar diferencias significativas.

**9.1.2.1. Recursos Sociales: Red social y Apoyo social**

En este apartado empezaremos presentando los análisis realizados para los Recursos Sociales con el fin de comprobar si existen diferencias en función del Estado Civil en las variables Red Social y Apoyo Social, ambas analizadas conjuntamente. Seguidamente, se presentarán los resultados obtenidos del MANOVA realizado, donde el factor o variable independiente ha sido el Estado Civil (recategorizada en “Casados vs. Resto”) y las variables dependientes han sido las puntuaciones obtenidas en las escalas analizadas para el componente Recursos Sociales: por una parte la Escala de Red Social y Estructural de Lubben, y por otra, el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.

En primer lugar, en la Tabla 20 se muestran los análisis descriptivos obtenidos para estas variables separando por las categorías de Estado Civil. En general, se observa que las personas casadas obtienen puntuaciones medias más altas en todas las variables.

Tabla 20. *Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función del Estado Civil.*

VARIABLES	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Resto	3.4901	.84064	163
	Casado	3.5876	.82385	448
	Total	3.5616	.82879	611
Apoyo social confidencial-Duke	Resto	3.9502	.93164	163
	Casado	3.9873	.86733	448
	Total	3.9774	.88432	611
Apoyo social afectivo-Duke	Resto	4.0112	1.04402	163
	Casado	4.0965	.90344	448
	Total	4.0738	.94287	611

Nota: N=Tamaño muestral.

A continuación para poner a prueba la existencia de posibles diferencias significativas entre las personas que están casadas frente a las personas que no lo están en cuanto a la percepción de su Red social y de Apoyo social, se aplicó el análisis multivariante de la varianza (MANOVA) obteniéndose los resultados que se muestran en la siguiente Tabla 21.

Tabla 21. *Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función del Estado Civil.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
EC2	Traza de Pillai	.004	.907	3.000	607.000	.437	.004
	Lambda de Wilks	.996	.907	3.000	607.000	.437	.004
	Traza de Hotelling	.004	.907	3.000	607.000	.437	.004
	Raíz mayor de Roy	.004	.907	3.000	607.000	.437	.004

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Los resultados evidenciaron la no existencia de diferencias significativas en dichas variables en función del Estado Civil, en concreto, en función de si las personas estaban casadas o no, o dicho de otro modo, no hay efecto del Estado Civil en el conjunto de variables que evalúan los Recursos Sociales, pues la Traza de Pillai ha obtenido un valor de .004 asociado a un valor de  $F(3, 607) = .907$ ;  $p = .437$ ;  $\eta^2 = .004$ . Por lo tanto, no podemos afirmar que el Estado Civil tenga un efecto significativo en el conjunto de las variables dependientes (Red Social, Apoyo social confidencial y afectivo). Debido a este resultado, no procede analizar las variables dependientes una a una. A pesar de ello, en la Tabla 22 se muestran los ANOVAs de continuación que el programa SPSS calcula y en donde se constata que no hay tampoco un efecto del Estado Civil en las variables dependientes analizadas separadamente.

Tabla 22. *ANOVAs de continuación para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función del Estado Civil.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
EC2	Red social y estructural-Lubben	1.138	1	1.138	1.658	.198	.003
	Apoyo social confidencial-Duke	.164	1	.164	.210	.647	.000
	Apoyo social afectivo-Duke	.869	1	.869	.978	.323	.002

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Como conclusión a este apartado, indicar que aunque a priori se hipotetizó que las personas “Casadas”, al contar con el apoyo de una pareja sentimental en el día a día, se diferenciarían significativamente de las personas que en la actualidad no lo estaban en cuanto

a la percepción de sus Recursos Sociales. Es decir, se hipotetizó que las personas casadas obtendrían puntuaciones más altas en estas variables, con mayor percepción de Red Social y de mayor Apoyo Social tanto confidencial como afectivo. Se ha demostrado que esto no es así y que dicha percepción no se ve influenciada por el hecho de si las personas estaban casadas o no, al menos en esta muestra de población. Más bien se puede inferir que la percepción subjetiva de Apoyo Social se relaciona con otras variables (quizás variables psicológicas o de personalidad) que influyen en esta relación. O bien también puede ser debido a las singularidades de este grupo de población, que se caracteriza ante todo, por presentar un envejecimiento exitoso y por la asunción de comportamientos proactivos de envejecimiento activo, dado que todos ellos son estudiantes en diferentes programas universitarios para mayores que ofrece la Universidad de Valencia, con lo cual dotan de distintos recursos personales y contactos sociales que pueden paliar los efectos de no contar con una pareja sentimental para establecer y tener relaciones sociales satisfactorias.

#### ***9.1.2.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Con el objetivo de comprobar si existían diferencias en función del Estado Civil en las variables Bienestar Psicológico y la Satisfacción con la Vida, ambas analizadas conjuntamente, se presentarán los resultados obtenidos del análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente ha sido la variable cualitativa Estado Civil (recategorizada en “Casados vs. Resto”) y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas.

A nivel descriptivo se resumen en la Tabla 23, las medias y desviaciones típicas obtenidas para cada factor de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y de la Escala Temporal de Satisfacción con la vida, separando los resultados en base a las categorías correspondientes de Estado Civil.

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Estado Civil.

VARIABLES	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Resto	3.4825	.55592	162
	Casado	3.5255	.51853	445
	Total	3.5140	.52864	607
Environmental Mastery Ryff	Resto	3.4516	.63991	162
	Casado	3.5903	.53881	445
	Total	3.5533	.57032	607
Personal Growth Ryff	Resto	3.8128	.65406	162
	Casado	3.8854	.83459	445
	Total	3.8660	.79059	607
Positive relations Ryff	Resto	3.4023	.74643	162
	Casado	3.6026	.84974	445
	Total	3.5491	.82760	607
Purpose in life Ryff	Resto	3.1852	.65860	162
	Casado	3.3577	.62878	445
	Total	3.3116	.64089	607
Self acceptance Ryff	Resto	3.3817	.73079	162
	Casado	3.5955	.61892	445
	Total	3.5384	.65689	607
Satisfacción Vida Pasada	Resto	3.2432	.95393	162
	Casado	3.4646	.83763	445
	Total	3.4055	.87489	607
Satisfacción Vida Presente	Resto	3.6412	.94093	162
	Casado	3.7782	.84020	445
	Total	3.7416	.86955	607
Satisfacción Vida Futura	Resto	3.4873	.68889	162
	Casado	3.5369	.69775	445
	Total	3.5237	.69517	607

Nota: N=Tamaño muestral; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff (autoaceptación).

En líneas generales, las personas “Casadas” obtienen puntuaciones medias más altas en todas las dimensiones del Bienestar Psicológico, es decir, en Autonomía ( $M= 3.52$ ;  $DT=.51$ ), Dominio del entorno ( $M= 3.59$ ;  $DT = .53$ ), Crecimiento Personal ( $M= 3.88$ ;  $DT = .83$ ), Relaciones positivas ( $M= 3.60$ ;  $DT = .84$ ), Propósito en la vida ( $M = 3.35$ ;  $DT = .62$ ) y Autoaceptación ( $M = 3.59$ ;  $DT = .61$ ). Como ya se ha comentado, este cuestionario mide seis

dimensiones que son indicadoras del Bienestar Psicológico y de un funcionamiento positivo y óptimo.

Además, las personas “Casadas”, también obtienen puntuaciones medias más elevadas en todas las dimensiones temporales de la Satisfacción con la vida: pasada ( $M= 3.46$ ;  $DT = .83$ ), presente ( $M= 3.77$ ;  $DT = .84$ ) y futura ( $M= 3.53$ ;  $DT = .69$ ).

A continuación, para poner a prueba estos resultados y comprobar si la condición de estar “Casado” o no tenía un efecto significativo en estas variables dependientes consideradas globalmente, se calculó un MANOVA para este supuesto. Seguidamente, en la Tabla 24 se muestran los resultados que se obtuvieron.

Tabla 24. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar psicológico y Satisfacción con la vida en función del Estado Civil.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
EC2	Traza de Pillai	.039	2.665	9.000	597.000	.005	.039
	Lambda de Wilks	.961	2.665	9.000	597.000	.005	.039
	Traza de Hotelling	.040	2.665	9.000	597.000	.005	.039
	Raíz mayor de Roy	.040	2.665	9.000	597.000	.005	.039

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Para las variables que evalúan el Bienestar Psicológico y la Satisfacción con la vida, el Estado Civil tiene un efecto significativo sobre estas variables, dicho de otra forma, el MANOVA realizado sí mostró diferencias estadísticamente significativas entre los factores o dimensiones del Bienestar psicológico, la Satisfacción vital y el Estado Civil de los participantes, dado que el valor de la Traza de Pillai es .039 el cual está asociado a un valor de  $F(9,597)= 2.665$ ;  $p = .005$ ;  $\eta^2 = .039$ . El tamaño del efecto muestra que la capacidad explicativa del Estado Civil es un 3.9% sobre la variabilidad de los factores tanto del Bienestar Psicológico como de la Satisfacción Temporal de la vida cuando son analizados conjuntamente. A la luz de los resultados que muestra el MANOVA, se realizaron los correspondientes ANOVAs de continuación para establecer exactamente en qué dimensiones residen esas diferencias (Ver Tabla 25).

Tabla 25. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función del Estado Civil.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
EC2	Autonomía Ryff	.219	1	.219	.784	.376	.001
	Environmental Mastery Ryff	2.282	1	2.282	7.086	.008	.012
	Personal Growth Ryff	.627	1	.627	1.003	.317	.002
	Positive relations Ryff	4.768	1	4.768	7.030	.008	.011
	Purpose in life Ryff	3.534	1	3.534	8.713	.003	.014
	Self acceptance Ryff	5.430	1	5.430	12.829	.000	.021
	Satisfacción Vida Pasada	5.821	1	5.821	7.689	.006	.013
	Satisfacción Vida Presente	2.231	1	2.231	2.960	.086	.005
	Satisfacción Vida Futura	.292	1	.292	.604	.437	.001

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff (autoaceptación).

Tal y como se aprecia en la tabla anterior, de las seis dimensiones de Bienestar Psicológico que evalúa el Cuestionario de Ryff, han mostrado diferencias significativas en función del Estado Civil las siguientes: en primer lugar el factor Autoaceptación, el segundo lugar el factor Propósito en la vida, en tercer lugar Dominio del entorno y finalmente en el factor Relaciones positivas. De estos cuatro factores, solamente el efecto del Estado Civil con el factor Autoaceptación parece más relevante en cuantía, pues explicó un 2.1% de la varianza. Por lo que hace al factor Propósito en la vida explicó un 1.4% de la varianza. El efecto del Estado civil en el factor Dominio del entorno explicó 1.2% de la varianza y en el factor Relaciones Positivas explicó el 1.1% de la varianza. El resto de los factores del Bienestar Psicológico, es decir, Autonomía y Crecimiento Personal, no mostraron diferencias significativas por el hecho de estar casados o no. Estas diferencias en función del Estado Civil se pueden observar en la Tabla 23, donde las medias de las personas casadas fueron más altas que las de las personas que no estaban casadas en todas las dimensiones del Bienestar que han resultado significativas. A este respecto y a modo de síntesis, podemos afirmar que hay evidencias de que las personas casadas se diferencian significativamente de las que no lo están en que: tienen una actitud más positiva hacia uno mismo, se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones por lo que tienen teóricamente una mayor autoestima y conocimiento de sí mismo (Autoaceptación). A su vez, sienten mayor motivación para actuar y desarrollarse dado que tienden a marcar metas y objetivos para dotar su vida de un cierto sentido, por lo que las personas casadas frente a las que no lo están

sienten que su vida es útil, valiosa y que tiene un propósito (Propósito en la vida). También es significativo el hecho de que las personas casadas tienen un mayor Dominio del Entorno que las no casadas, por lo que poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el contexto que les rodea. Y finalmente destaca también que los casados, tienen una mayor creencia de que se tienen relaciones de confianza, de empatía y de intimidad con otros y son más positivas. Como conclusión, podemos decir, que el hecho de que las personas que mantienen una relación de pareja estable e informan de estar casados en la actualidad perciben un mayor Bienestar Psicológico, y por consiguiente de un funcionamiento más positivo y óptimo que las personas no casadas, y esto es especialmente significativo para las dimensiones antes explicadas del Bienestar Psicológico.

Por otra parte, en cuanto al constructo Satisfacción con la vida, también se ha encontrado diferencias significativas en función del Estado Civil, en concreto, en el factor que evalúa la Satisfacción Vital en el pasado (ver Tabla 25) dado que se obtenido una  $F(1, 605) = 7.689$ ;  $p=.006$ ;  $\eta^2 = .013$ . Siendo el tamaño del efecto pequeño pues sólo fue del 1.3% de la variabilidad de la Satisfacción con la vida pasada, aún así es interesante tenerlo presente para entender mejor cómo la satisfacción global que una persona siente está, en parte, condicionada por las experiencias vividas en el pasado. En este caso, las personas casadas, manifiestan una mayor Satisfacción Vital Pasada que el Resto (esta categoría englobaba a las personas Viudas, Divorciadas y Solteras) quizás porque este subgrupo de personas haya experimentado vivencias traumáticas y/o dolorosas en su pasado en lo referente a su situación Civil y en particular en relación a su situación sentimental. Sirva como ejemplo, el hecho de que las personas que han perdido a su pareja sentimental quedando viudas o bien las personas que han pasado por un proceso de divorcio o separación, siempre resulta un proceso triste y doloroso para la persona que lo vive.

En cambio, ni la Satisfacción Vital Presente ni la Satisfacción Vital Futura se ve influida por el Estado Civil de la persona, ni por el hecho de estar casados o no. Lo que sugiere que esta variable independiente se relaciona en mayor medida con la percepción de Satisfacción Vital Pasada.

### ***9.1.2.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado***

En esta ocasión, con el objetivo de comprobar si existían diferencias significativas en función del Estado Civil en el siguiente grupo de variables que evalúan Salud, todas ellas analizadas globalmente, como Salud percibida, Depresión y Autocuidado, a continuación se expondrán los resultados obtenidos en el análisis multivariante de la varianza (MANOVA),

donde el factor o variable independiente ha sido la variable cualitativa Estado Civil (recategorizada en “Casados” vs. “Resto”) y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas que evalúan este grupo de variables dependientes.

Primeramente, en la Tabla 26 se resumen los análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) de forma separada para los “Casados” y para el “Resto”, que sintetiza las puntuaciones obtenidas en las escalas.

Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil.

Variables	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Resto	3.9411	.70179	161
	Casado	4.0584	.65436	437
	Total	4.0268	.66889	598
Self Care-physical	Resto	4.0010	1.04856	161
	Casado	3.9108	.72388	437
	Total	3.9351	.82399	598
Self Care-social	Resto	3.9513	.75729	161
	Casado	4.0053	.55286	437
	Total	3.9908	.61441	598
Self Care-internal	Resto	3.3251	.97767	161
	Casado	3.1895	.96438	437
	Total	3.2260	.96902	598
Depresión	Resto	1.7850	.77496	161
	Casado	1.6593	.72133	437
	Total	1.6931	.73761	598

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health =Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social= Autocuidado social; Self care-internal = Autocuidado interno.

Del análisis descriptivo de las variables, se desprende en primer lugar, que en cuanto a la Salud percibida, las personas “Casadas” tienen puntuaciones medias más altas que los no casados ( $M = 4.05$ ;  $DT = .65$ ). En cambio, respecto a la variable Autocuidado y más específicamente en el Autocuidado físico ( $M = 4.00$ ;  $DT = 1.04$ ) y Autocuidado interno ( $M=4.00$ ;  $DT = .97$ ), son las personas que no están casadas las que obtienen puntuaciones medias más elevadas. No ocurre lo mismo con el Autocuidado social ( $M = 3.59$ ;  $DT = .55$ ), dado que las personas casadas obtienen puntuaciones ligeramente superiores que el resto. En último lugar, en cuanto a la variable Depresión se observa que las personas no casadas presentan de media una mayor sintomatología depresiva ( $M= 1.78$ ;  $DT = .77$ ).

Tras la realización del MANOVA para poner a prueba el supuesto explicado anteriormente, los resultados evidenciaron (ver Tabla 27) que no existen diferencias significativas en las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil de los participantes, ya que el valor de la Traza de Pillai obtenido es de .018, el cual se asocia con una  $F(5, 592) = 2.125$ ;  $p = 0.61$ ;  $\eta^2 = .018$ , valor que no ha resultado significativo. Pero a pesar de que no haya resultado significativo el Análisis Multivariante de la varianza en el conjunto de las variables que evalúan Salud, podemos apreciar que se ha obtenido una significación marginal ( $p = .061$ ), es decir, valor de  $p$  que roza la significación ( $p < .05$ ), y como el tamaño del efecto, que aún siendo pequeño, informa de que el Estado Civil explica el 1.8% de la variabilidad en las variables de estudio en global, se comprobaran los correspondientes ANOVAs de continuación para establecer exactamente en qué dimensiones residen esas diferencias que aunque no significativas, pueden aportar información interesante sobre estas relaciones.

Tabla 27. *Contrastes Multivariados para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
	Traza de Pillai	.018	2.125 <sup>b</sup>	5.000	592.000	.061	.018
EC2	Lambda de Wilks	.982	2.125 <sup>b</sup>	5.000	592.000	.061	.018
	Traza de Hotelling	.018	2.125 <sup>b</sup>	5.000	592.000	.061	.018
	Raíz mayor de Roy	.018	2.125 <sup>b</sup>	5.000	592.000	.061	.018

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Los análisis univariados muestran (ver Tabla 28) que no existen diferencias significativas en Autocuidado (físico, social e interno) en función de si las personas estaban Casadas o no. Tampoco hay diferencias significativas en la variable Depresión en función del Estado Civil. Aunque de nuevo se aprecia que en cuanto a la Salud percibida en concreto, roza la significación  $F(1,596) = 3.635$ ;  $p = .057$ ;  $\eta^2 = .006$ , siendo el tamaño del efecto muy pequeño para considerarse relevante dado que el efecto del Estado Civil explica tan sólo el 0.6% de la variabilidad en dicha variable. Estos resultados confirman el hallado previamente con el MANOVA.

Tabla 28. ANOVAs de continuación para las variables Salud percibida, Autocuidado y Depresión en función del Estado Civil.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
EC2	Perceived Health	1.619	1	1.619	3.635	.057	.006
	Self Care-physical	.959	1	.959	1.413	.235	.002
	Self Care-social	.343	1	.343	.908	.341	.002
	Self Care-internal	2.160	1	2.160	2.306	.129	.004
	Depresión	1.859	1	1.859	3.430	.065	.006

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto; Perceived Health =Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social= Autocuidado social; Self care-internal = Autocuidado interno.

Por tanto, a la luz de estos resultados, pensamos que el MANOVA es la prueba más eficaz para encontrar las diferencias entre las variables y se ha constatado que no hay diferencias significativas en función del Estado Civil en las variables dependientes que evalúan la Salud, es decir entre las personas casadas y las que no, aunque a priori se hipotetizó que sí las había.

#### 9.1.2.4. Soledad y Aislamiento Social

Con el objetivo de comprobar la existencia de diferencias significativas en función del Estado Civil en las variables dependientes Soledad y Aislamiento Social analizadas de forma global, nuevamente se realizó la técnica de análisis MANOVA. A continuación se muestran en la Tabla 29 los descriptivos obtenidos en ambos grupos, “Casados” vs. “Resto”, para las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Soledad DJGLS y la Escala de Soledad de la UCLA 3. Se observa que en general, las personas “Casadas” prácticamente obtienen puntuaciones medias más bajas en todos los factores y/o dimensiones de ambas escalas que evalúan la soledad. Siendo los no casados, los que informan de una mayor percepción y mayores sentimientos de Soledad y Aislamiento social.

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil.

	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Resto	.5491	.46830	164
	Casado	.5444	.42196	445
	Total	.5456	.43454	609
Soledad Emocional- DJGLS	Resto	.4920	.56138	164
	Casado	.3697	.43056	445
	Total	.4026	.47203	609
Aislamiento-UCLA 3	Resto	1.1720	.65685	164
	Casado	.9320	.57990	445
	Total	.9966	.61041	609
Rasgo Soledad-UCLA 3	Resto	1.0655	.57969	164
	Casado	.9360	.51399	445
	Total	.9709	.53510	609
Conexión social-UCLA 3	Resto	.6775	.50192	164
	Casado	.5956	.41416	445
	Total	.6177	.44059	609

Nota: N=Tamaño muestral

En segundo lugar, en la siguiente Tabla 30 se presenta el resultado del MANOVA realizado para comprobar si estas diferencias observadas a nivel descriptivo resultan significativas y no son debidas al azar. En base al criterio de Pillai con un valor de .041, el Estado Civil afectó significativamente a la combinación de variables ( $F(5,603) = 5.098$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .041$ ). Los resultados reflejan una moderada asociación entre el Estado Civil y la combinación de variables dependientes con un total de varianza explicada del 4.1%, siendo el tamaño del efecto pequeño según Cohen (1992).

Tabla 30. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil.

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
EC2	Traza de Pillai	.041	5.098	5.000	603.000	.000	.041
	Lambda de Wilks	.959	5.098	5.000	603.000	.000	.041
	Traza de Hotelling	.042	5.098	5.000	603.000	.000	.041
	Raíz mayor de Roy	.042	5.098	5.000	603.000	.000	.041

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Tras este resultado, se realizaron los correspondientes ANOVAs de continuación para puntualizar dónde residen esas diferencias. A través de los resultados (ver Tabla 31), las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en el factor Soledad emocional de la Escala de Soledad DJGLS, y en los tres factores de la UCLA-3, es decir, en el factor Aislamiento de la UCLA 3 principalmente, en la dimensión Rasgo Soledad de la UCLA 3 y con una significación estadística menos relevante en el factor Conexión social de la UCLA 3.

Tabla 31. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función del Estado Civil.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
EC2	Soledad Social DJGLS	.003	1	.003	.014	.906	.000
	Soledad Emocional DJGLS	1.793	1	1.793	8.140	.004	.013
	Aislamiento UCLA 3	6.900	1	6.900	19.068	.000	.030
	Rasgo Soledad UCLA 3	2.013	1	2.013	7.099	.008	.012
	Conexión social UCLA 3	.804	1	.804	4.162	.042	.007

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = Estado Civil recodificado en personas Casadas versus Resto.

Los tamaños del efecto muestran unas asociaciones modestas para explicar el total de la varianza explicada del Estado Civil (1.3%, 3%, 1.2% y 0.7% respectivamente) en dichas variables analizadas individualmente. En las diferencias de medias y desviaciones típicas correspondientes presentadas anteriormente (ver Tabla 29), podemos observar que las personas que no están casadas tienen niveles más altos de sentimientos de Soledad o mayor percepción subjetiva de soledad y a su vez, una mayor percepción de aislamiento social. Podemos afirmar tras los análisis que estas diferencias no son debidas al azar y que el Estado Civil afecta a la percepción de Soledad y Aislamiento social.

#### ***9.1.2.5. Resumen de los resultados obtenidos en las variables dependientes en función del Estado Civil***

Con el fin de sintetizar las diferencias en función de la situación o la variable independiente Estado Civil en los grupos de variables dependientes que son indicadores del envejecimiento con éxito y que se han considerado en este estudio se exponen los resultados a continuación (ver Tabla 32).

Tabla 32. Resumen de los resultados obtenidos de los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Estado Civil.

Variable Independiente	Variabes Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Diferencias Estado Civil
<b>Estado Civil (EC2) Casados vs Resto</b>	<b>Recursos Sociales</b>	Traza de Pillai= .004; $F_{3, 607} = .907; p = .437; \eta^2 = .004$	No	
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	Traza de Pillai = .039; $F_{9, 597} = 2.665; p = .005; \eta^2 = .039$	<b>Autoaceptación</b> $F_{1,605} = 12.829; p < .001; \eta^2 = .021$ <b>Propósito en la vida</b> $F_{1,605} = 8.713; p = .003; \eta^2 = .014$ <b>Dominio del entorno</b> $F_{1,605} = 7.086; p = .008; \eta^2 = .012$ <b>Relaciones positivas</b> $F_{1,605} = 7.030; p = .008; \eta^2 = .011$ <b>Satisfacción Vital pasada</b> $F_{1,605} = 7.689; p = .006; \eta^2 = .013$	Las personas casadas > Autoaceptación, Propósito de vida, Dominio del entorno, Relaciones positivas con los demás  Las personas casadas > Satisfacción vital pasada
	<b>Salud</b>	Traza de Pillai = .018; $F_{5, 592} = 2.125; p = 0.61; \eta^2 = .018$	<b>Salud percibida</b> $F_{1,596} = 3.635; p = .057; \eta^2 = .006$ (Significación marginal)	Los casados > Salud autopercebida
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	Traza de Pillai = .041 $F_{5, 603} = 5.098; p < .001; \eta^2 = .041$	<b>Soledad emocional DJGLS</b> $F_{1,607} = 8.140; p = .004; \eta^2 = .013$ <b>Aislamiento UCLA 3</b> $F_{1,607} = 19.068; p < .001; \eta^2 = .030$ <b>Rasgo Soledad UCLA 3</b> $F_{1,607} = 7.099; p = .008; \eta^2 = .012$ <b>Conexión social de la UCLA 3</b> $F_{1,607} = 4.162; p = .042; \eta^2 = .007$	Las personas que no están casadas > sentimientos de Soledad y > Aislamiento social percibido

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor.

### **9.1.3. Análisis diferencial en las variables en función de la Edad2**

En este tercer apartado dentro del capítulo de Resultados, y con el objetivo de investigar si existían diferencias significativas en función de la Edad de los participantes en las variables dependientes analizadas en este estudio, se presentarán los resultados obtenidos mediante diversos análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente ha sido la variable Edad y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas analizadas. Se pretende analizar si existen diferencias significativas entre las personas menores de 59 años, las personas con edades comprendidas entre los 60 y los 64 años y las personas mayores de 65 años en: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad.

En un principio, en el Cuestionario administrado para realizar el estudio, la variable sociodemográfica Edad se registró como una variable continua en años, pero posteriormente se recodificó en una variable categórica etiquetada como “Edad2” formada por tres categorías donde se agruparon los valores en tres rangos: “hasta 59 años”, “entre 60 y 64 años” y “mayores de 65 años”. Esta recodificación agrupando por rangos de edad, responde a intereses investigadores para así poder realizar los análisis que ayudarán a comprobar los objetivos propuestos en esta tesis.

Finalmente, de los 652 cuestionarios recogidos, se estudió cómo afecta la variable Edad en los cuatro grupos de variables dependientes, en una muestra formada por 609 personas donde se contabilizaron 43 casos perdidos. La distribución de los participantes entre los tres rangos de edad fueron los siguientes: el 27.3% tenía hasta 59 años, el 31.4% estaba entre los 60 y los 64 años y el 41.1% eran mayores de 65 años. Donde la media de edad se situaba en torno a los 63.12 años ( $DT= 6.685$ ), siendo la edad mínima 50 años y la máxima 80 años.

#### ***9.1.3.1. Recursos Sociales: Red social y Apoyo social***

Con el fin de comprobar si existían diferencias en función de la Edad de los participantes en las variables que evalúan los Recursos Sociales, es decir, en la Red Social y en Apoyo Social Funcional, ambas analizadas conjuntamente, se presentarán seguidamente los resultados obtenidos del análisis multivariante de la varianza (MANOVA) calculado, donde el factor o variable independiente ha sido la variable Edad (recodificada y etiquetada como Edad2) y las dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las escalas.

A nivel descriptivo se resumen en la Tabla 33, las medias y desviaciones típicas obtenidas para estas variables, por rangos de edad.

Tabla 33. Estadísticos descriptivos de las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función de la Edad2.

VARIABLES	Edad2	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Hasta 59 años	3.6540	.75201	165
	60-64 años	3.5569	.89458	187
	65 o más años	3.5192	.84294	243
	Total	3.5684	.83622	595
Apoyo social confidencial-Duke	Hasta 59 años	3.9966	.83697	165
	60-64 años	3.9505	.91128	187
	65 o más años	4.0088	.88483	243
	Total	3.9871	.87924	595
Apoyo social afectivo-Duke	Hasta 59 años	4.0389	.90296	165
	60-64 años	4.0343	.95574	187
	65 o más años	4.1478	.95037	243
	Total	4.0819	.93921	595

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años".

Tal y como se muestra en la tabla anterior, para la Red Social (Lubben), de entre los tres grupos de edad se observa que la media es mayor para el grupo de personas hasta 59 años ( $M=3.65$ ;  $DT = .75$ ), es decir, las personas mayores que son más jóvenes. Parece ser que este grupo de edad percibe una mayor red social y estructural que el resto. Para el Apoyo Social Funcional, en concreto para el subcomponente Apoyo social confidencial, el grupo clasificado como mayores de 65 años es el que obtiene puntuaciones medias ligeramente superiores que el resto ( $M= 4.00$ ;  $DT = .88$ ), por lo que éstos perciben en mayor medida más apoyo social en particular, con la posibilidad de contar con personas para comunicarse. En que respecta al subcomponente Apoyo social afectivo el rango de edad que obtiene puntuaciones medias más altas, de nuevo se trata de las personas mayores de 65 años, es decir, de los más mayores ( $M=4.14$ ;  $DT = .95$ ). Por tanto, las personas mayores de 65 años perciben también un mayor apoyo afectivo y por consiguiente mayores demostraciones de amor, cariño y empatía que las personas mayores más jóvenes.

A continuación, se aplicará un MANOVA, para comprobar si estas ligeras diferencias que los descriptivos informan en las variables, son debidas al azar o más bien, son significativas. En la Tabla 34 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 34. *Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social Funcional en función de la Edad2.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Traza de Pillai	.014	1.391	6.000	1182.000	.215	.007
	Lambda de Wilks	.986	1.393 <sup>b</sup>	6.000	1180.000	.214	.007
	Traza de Hotelling	.014	1.394	6.000	1178.000	.213	.007
	Raíz mayor de Roy	.013	2.638 <sup>c</sup>	3.000	591.000	.049	.013

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años"; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Bajo el criterio de Pillai, la combinación de variables dependientes no estuvo afectada significativamente por la Edad de los participantes (Traza de Pillai = .014;  $F(6,215) = 1.391$ ;  $p = .215$ ;  $\eta^2 = .004$ ). Por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables Red Social y Apoyo Social Funcional analizadas globalmente en función de la Edad de las personas.

En la siguiente Tabla 35, se muestran los ANOVAs de continuación que permiten corroborar los resultados hallados en el MANOVA anterior al no encontrarse tampoco diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas separadamente.

Tabla 35. *ANOVAs de continuación para las variables Red Social y Apoyo Social en función la Edad2.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Red social y estructural-Lubben	1.822	2	.911	1.304	.272	.004
	Apoyo social confidencial-Duke	.380	2	.190	.245	.783	.001
	Apoyo social afectivo-Duke	1.784	2	.892	1.011	.364	.003

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años".

Dado que los resultados no han sido significativos, no procede realizar análisis de comparaciones múltiples entre los grupos. En síntesis, la variable Edad no tiene un efecto significativo en el conjunto de variables de Recursos Sociales, es decir, en la Red Social y en Apoyo Social Funcional. Las diferencias entre los grupos son debidas al azar.

### ***9.1.3.2. Bienestar Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

En esta sección se presentarán los resultados de los análisis realizados con el propósito de comprobar si existen diferencias significativas en las variables dependientes Bienestar Psicológico y Satisfacción con la Vida en función de la Edad de los participantes en este estudio.

En la Tabla 36 se muestran los análisis descriptivos por rangos de Edad que se han obtenido en las escalas utilizadas para evaluar dichas variables. Podemos observar que de entre los 6 factores o dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, las personas mayores de 65 años obtienen puntuaciones medias más elevadas en: Autonomía ( $M= 3.52$ ;  $DT= .59$ ), Dominio del Entorno ( $M= 3.59$ ;  $DT = .56$ ) y Autoaceptación ( $M= 3.58$ ;  $DT = .67$ ). Mientras que las personas de hasta 59 años puntúan más alto que el resto en Crecimiento Personal ( $M= 3.92$ ;  $DT = .54$ ) y Propósito en la Vida ( $M= 3.46$ ;  $DT = .61$ ). En último lugar, las personas en la franja de edad de 60 a 64 años obtienen medias ligeramente más altas que los otros grupos de edad en Relaciones positivas con los demás ( $M= 3.649$ ;  $DT = .99$ ). A nivel descriptivo, la variable Satisfacción con la Vida, son las personas mayores de 65 años las que reflejan puntuaciones más altas en todos los subcomponentes temporales de la Satisfacción Vital: pasada ( $M= 3.48$ ;  $DT = .88$ ), presente ( $M= 3.85$ ;  $DT = .85$ ) y futura ( $M= 3.62$ ;  $DT= .70$ ).

Seguidamente, para poner a prueba si estas diferencias observadas entre los grupos son debidas al azar o no, se realizaron análisis multivariados de modo que los resultados del MANOVA efectuado evidenciaron que existen diferencias significativas en el conjunto de las variables dependientes en función de la Edad de las personas, pues la Traza de Pillai es .073, valor asociado a una  $F (18,1162)$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .036$ . Los resultados reflejan una baja asociación entre la Edad y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .036, es decir, el tamaño del efecto que la Edad ejerce sobre el conjunto de las variables dependientes nos informa de un 3.6% de la variabilidad en la varianza total (ver Tabla 37).

Tabla 36. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Edad2.

VARIABLES	Edad2	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hasta 59 años	3.5031	.47450	162
	60-64	3.5134	.48047	187
	65 o más años	3.5200	.59944	242
	Total	3.5133	.53013	591
Environmental Mastery Ryff	Hasta 59 años	3.5350	.56571	162
	60-64	3.5365	.58786	187
	65 o más años	3.5930	.56664	242
	Total	3.5592	.57290	591
Personal Growth Ryff	Hasta 59 años	3.9239	.54510	162
	60-64	3.9109	1.10463	187
	65 o más años	3.8072	.63985	242
	Total	3.8720	.79745	591
Positive relations Ryff	Hasta 59 años	3.6451	.72877	162
	60-64	3.6497	.99963	187
	65 o más años	3.4421	.72409	242
	Total	3.5635	.82725	591
Purpose in life Ryff	Hasta 59 años	3.4671	.61099	162
	60-64	3.3610	.62884	187
	65 o más años	3.2218	.64215	242
	Total	3.3331	.63657	591
Self acceptance Ryff	Hasta 59 años	3.4825	.63366	162
	60-64	3.5437	.63619	187
	65 o más años	3.5840	.67870	242
	Total	3.5434	.65347	591
Satisfacción Vida Pasada	Hasta 59 años	3.2133	.82875	162
	60-64	3.4733	.88563	187
	65 o más años	3.4822	.88415	242
	Total	3.4057	.87636	591
Satisfacción Vida Presente	Hasta 59 años	3.5890	.88164	162
	60-64	3.7428	.88889	187
	65 o más años	3.8506	.85235	242
	Total	3.7448	.87705	591
Satisfacción Vida Futura	Hasta 59 años	3.3971	.67304	162
	60-64	3.5188	.68551	187
	65 o más años	3.6278	.70918	242
	Total	3.5301	.69714	591

Nota: N=Tamaño muestral; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años".

Tabla 37. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológicos y Satisfacción Vital en función de la Edad2.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Traza de Pillai	.073	2.444	18.000	1162.000	.001	.036
	Lambda de Wilks	.928	2.462 <sup>b</sup>	18.000	1160.000	.001	.037
	Traza de Hotelling	.077	2.479	18.000	1158.000	.001	.037
	Raíz mayor de Roy	.065	4.198 <sup>c</sup>	9.000	581.000	.000	.061

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Una vez que el MANOVA ha resultado estadísticamente significativo, pasamos a analizar este efecto global, pero variable a variable mediante los correspondientes ANOVAs de continuación. Dicha información se muestra en la Tabla 38. Las pruebas de homogeneidad de varianzas a través del test de Levene informa que todos los factores de Bienestar Psicológico cumplen el supuesto a excepción del factor Autonomía ( $p = .012$ ) cuyo valor es menor que .05. También se cumple este supuesto para todos los factores de la Satisfacción Vital.

Tabla 38. *ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la Vida en función la Edad2.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Autonomía Ryff	.028	2	.014	.049	.952	.000
	Environmental Mastery Ryff	.467	2	.234	.711	.492	.002
	Personal Growth Ryff	1.736	2	.868	1.366	.256	.005
	Positive relations Ryff	6.032	2	3.016	4.459	.012	.015
	Purpose in life Ryff	6.053	2	3.026	7.637	.001	.025
	Self acceptance Ryff	1.000	2	.500	1.172	.311	.004
	Satisfacción Vida Pasada	8.270	2	4.135	5.465	.004	.018
	Satisfacción Vida Presente	6.643	2	3.322	4.368	.013	.015
	Satisfacción Vida Futura	5.200	2	2.600	5.430	.005	.018

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

La variable Edad2 produce un efecto significativo en los siguientes factores de Bienestar Psicológico: Relaciones Positivas ( $F(2,1178) = 4.459$ ;  $p = .012$ ;  $\eta^2 = .015$ ) y Propósito en la

vida ( $F(2,1178) = 7.637$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .025$ ). Y además, en todos los componentes de Satisfacción: Satisfacción con la vida: pasada ( $F(2,1178) = 5.465$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .018$ ), presente ( $F(2,1178)=4.366$ ;  $p = .013$ ;  $\eta^2 = .015$ ) y futura ( $F(2,1178) = 5.430$ ;  $p = .005$ ;  $\eta^2 = .018$ ). Aunque, en general, el tamaño del efecto que explica la variabilidad que produce la Edad para estas variables es pequeño: 1.5%, 2.5%, 1.8%, 1.5% y 1.8%, respectivamente. Podemos concluir que existen diferencias significativas en estas variables en función de la Edad de los participantes.

Seguidamente, para discriminar exactamente entre qué grupos se dan estas diferencias se realizaron más análisis. Como pruebas post-hoc realizamos comparaciones múltiples. Según hemos comprobado, el cuestionario Bienestar Psicológico (a excepción del factor Autonomía) cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey. Encontramos diferencias significativas en el factor Relaciones positivas entre las medias de las personas “mayores de 65 años” y las personas “entre 60 y 64 años” ( $DM=-.207$ ;  $p=.026$ ), así como entre las personas mayores de 65 años y las personas de hasta 59 años ( $DM= -.202$ ;  $p = .041$ ). En ambos casos, los resultados sugieren que las personas mayores de 65 años, es decir el grupo que cuenta con mayor edad, obtienen puntuaciones menores en este factor, lo que nos indica que este grupo de edad expresa la creencia de que se tienen menos relaciones de confianza, de empatía y de intimidad con otros. En cuanto al factor Propósito en la vida, las diferencias se encuentran entre las personas “mayores de 65 años” y las de “hasta 59 años” ( $DM = -.245$ ;  $p<.001$ ). En esta ocasión, la diferencia radica en que las personas de hasta 59 años sienten que su vida es útil, valiosa y que tiene un propósito en la vida en mayor medida que las personas más mayores que componen esta muestra. En las Figura 21 y 22 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

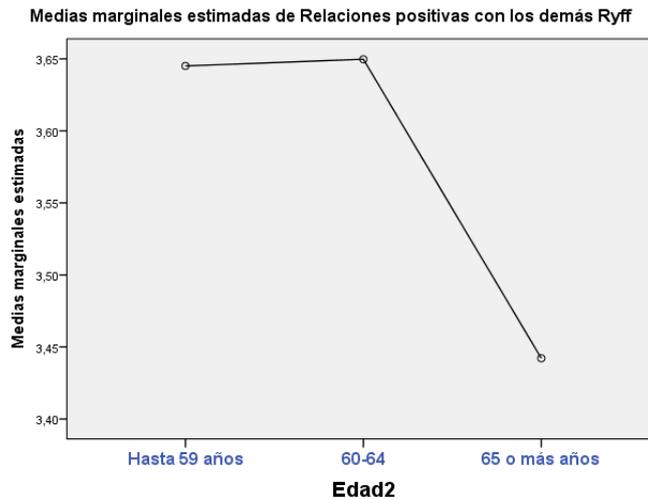


Figura 21. Medias entre Edad y el factor Relaciones Positivas del Cuestionario Bienestar Psicológico de Ryff.

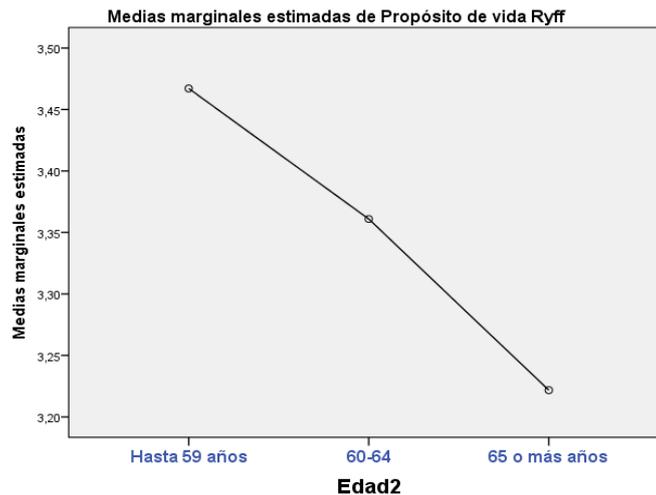


Figura 22. Medias entre Edad y el factor Propósito con la vida del Cuestionario Bienestar Psicológico de Ryff.

Adicionalmente, las pruebas post-hoc para Satisfacción con la vida, que también cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey, informan que las diferencias significativas entre las medias se encuentran en cuanto a la dimensión de Satisfacción con la vida pasada entre las personas “mayores de 65” y entre las personas de “hasta 59 años” ( $DM = .269$ ;  $p=.007$ ) y entre las personas de “hasta 59 años” y las de “entre 60 y 64 años” ( $DM = .260$ ;  $p=.015$ ). En ambos casos las personas que cuentan con una mayor edad manifiestan de una mayor satisfacción con su vida pasada, dicho de otro

modo, el grupo de hasta 59 años es el que refleja una menor satisfacción vital en la dimensión temporal pasada de la Satisfacción. Por otra parte, para el factor Satisfacción Vital presente, las diferencias se encuentran entre las personas “mayores de 65 años” y entre las que tienen “hasta 59” ( $DM = .261$ ;  $p = .009$ ). De nuevo son las personas más mayores las que se encuentran más satisfechas con su vida presente. Por último, respecto al factor de Satisfacción con la Vida futura, las diferencias significativas entre medias se encuentra otra vez entre las personas “mayores de 65 años” y las de “hasta 59 años” ( $DM = .230$ ;  $p = .003$ ), siendo las personas que cuentan con una mayor edad las que reflejan una mayor satisfacción vital futura. A continuación, en las siguientes Figura 23 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

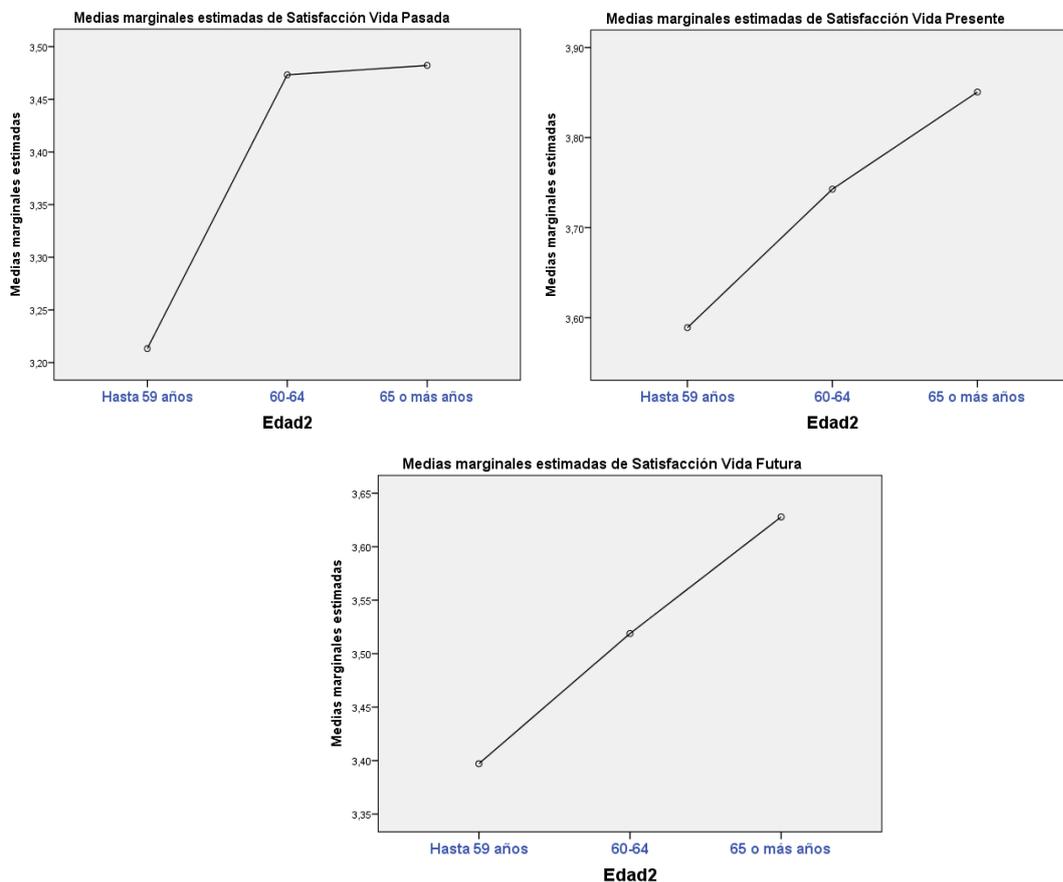


Figura 23. Medias entre Edad y Satisfacción Temporal con la Vida (Pasada, Presente y Futura).

**9.1.3.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado**

En el siguiente punto nos proponemos analizar si existen diferencias significativas en el grupo de variables dependientes que se relacionan con la Salud, es decir, Salud Percibida, Autocuidado y Depresión, en función de la Edad de los participantes. Para ello, se presentarán a continuación, los resultados obtenidos tras aplicar el análisis multivariante de la varianza (MANOVA). En la Tabla 39 se muestran los análisis descriptivos por rangos de edad, es decir, medias y desviaciones típicas, que se han obtenido en las escalas y cuestionarios que evalúan este grupo de variables dependientes.

Tabla 39. *Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Edad2.*

VARIABLES	Edad2	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hasta 59 años	3.9458	.69133	161
	60-64	4.0527	.68691	186
	65 o más años	4.0691	.64707	235
	Total	4.0298	.67323	582
Self Care-physical	Hasta 59 años	3.9234	.74349	161
	60-64	3.9525	.98760	186
	65 o más años	3.9475	.72425	235
	Total	3.9424	.82110	582
Self Care-social	Hasta 59 años	3.9503	.60319	161
	60-64	3.9453	.63919	186
	65 o más años	4.0496	.60615	235
	Total	3.9888	.61707	582
Self Care-internal	Hasta 59 años	3.1242	.91520	161
	60-64	3.2186	.92301	186
	65 o más años	3.3426	1.03845	235
	Total	3.2426	.97178	582
Depresión	Hasta 59 años	1.7053	.76789	161
	60-64	1.6879	.73786	186
	65 o más años	1.6778	.72733	235
	Total	1.6886	.74090	582

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health =Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social= Autocuidado social; Self care-internal = Autocuidado interno; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”.

Antes de profundizar en los análisis, en primer lugar se detallarán a nivel general estos resultados. Tal y como se observa en la Tabla 39, para la variable Salud percibida el grupo de edad que obtiene puntuaciones medias ligeramente más elevadas en esta dimensión son las personas “mayores de 65 años” ( $M = 4.06$ ;  $DT = .64$ ). Para la variable Autocuidado, en concreto el Autocuidado físico, las personas “de 60 a 64 años” ( $M = 3.95$ ;  $DT = .98$ ) son las que tienen puntuaciones medias más altas. Mientras que las personas “mayores de 65 años” son las que reflejan puntuaciones ligeramente más elevadas en Autocuidado social ( $M = 4.04$ ;  $DT = .60$ ) y Autocuidado interno ( $M = 3.34$ ;  $DT = 1.03$ ). Finalmente en la variable Depresión son las personas mayores que son más jóvenes en esta muestra (“hasta 59 años”), las que expresan mayor sintomatología depresiva ( $M = 1.70$ ;  $DT = .76$ ) que el resto.

Posteriormente, tras realizar el MANOVA (ver Tabla 40), los resultados obtenidos permiten demostrar la no existencia de diferencias significativas en las variables dependientes cuando se analizan globalmente en base de la Edad. Es decir, las diferencias entre las puntuaciones medias registradas en los cuestionarios es debida al azar y por tanto, no podemos afirmar que la Edad tiene un efecto significativo en estas variaciones: Traza de Pillai = .020;  $F(10,1152) = 1.181$ ;  $p = .300$ ;  $\eta^2 = .010$ .

Tabla 40. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Edad2.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Traza de Pillai	.020	1.181	10.000	1152.000	.300	.010
	Lambda de Wilks	.980	1.181 <sup>b</sup>	10.000	1150.000	.299	.010
	Traza de Hotelling	.021	1.181	10.000	1148.000	.299	.010
	Raíz mayor de Roy	.017	1.927 <sup>c</sup>	5.000	576.000	.088	.016

*Nota:* Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Los ANOVAs de continuación corroboran estos resultados (ver Tabla 41) demostrando que tampoco hay diferencias significativas en Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Edad, cuando se analizan individualmente cada variable.

Tabla 41. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función la Edad2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Perceived Health	1.599	2	.799	1.768	.172	.006
	Self Care-physical	.083	2	.042	.062	.940	.000
	Self Care-social	1.460	2	.730	1.923	.147	.007
	Self Care-internal	4.711	2	2.355	2.507	.082	.009
	Depresión	.072	2	.036	.066	.937	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años"; Perceived Health =Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social= Autocuidado social; Self care-internal = Autocuidado interno.

Como conclusión, podemos afirmar que no hay evidencia de que la Edad de las personas influya en la percepción de Salud, ni en las conductas de Autocuidado, ni tampoco en una mayor o menor sintomatología depresiva, ni cuando se analizan globalmente como grupo, ni tampoco cuando se analizan individualmente y separadamente estas variables. En resumen, no hay un efecto significativo de la Edad en las variables que evalúan la Salud, como indicadores de envejecimiento con éxito.

#### 9.1.3.4. Soledad y Aislamiento Social

Con el fin de comprobar si existen diferencias significativas en función de la Edad en las variables Soledad y Aislamiento Social analizadas conjuntamente, se aplicó la técnica estadística MANOVA. En la siguiente Tabla 42 se presentan los estadísticos descriptivos que se han obtenido en los cuestionarios por grupos de Edad.

A rasgos generales, se observa que para la Soledad Social (DJGLS), el rango de edad donde se obtienen mayores puntuaciones en este factor, fue el de las personas "entre 60 y 64 años" ( $M = .57$ ;  $DT = .43$ ). Para el factor Soledad Emocional (DJGLS) son las personas "mayores de 65 años" las que informan de mayor soledad emocional ( $M = .41$ ;  $DT = .47$ ). En cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, y en concreto en el factor Aislamiento, las puntuaciones más altas las obtienen las personas de "hasta 59 años" ( $M = 1,02$ ;  $DT = .68$ ), al igual que en el factor Rasgo Soledad ( $M = .98$ ;  $DT = .61$ ). Mientras que en el factor Conexión Social, el rango de edad que obtiene puntuaciones medias más elevadas son las personas mayores de "entre 60 y 64 años" ( $M = .62$ ;  $DT=.43$ ).

Tabla 42. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Edad<sup>2</sup>.

VARIABLES	Edad2	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Hasta 59 años	.5465	.44380	164
	60-64	.5736	.43557	184
	65 o más años	.5239	.44167	245
	Total	.5456	.44013	593
Soledad Emocional- DJGLS	Hasta 59 años	.4042	.47908	164
	60-64	.3980	.47292	184
	65 o más años	.4140	.47296	245
	Total	.4063	.47390	593
Aislamiento-UCLA 3	Hasta 59 años	1.0233	.68147	164
	60-64	.9851	.60432	184
	65 o más años	.9677	.56805	245
	Total	.9885	.61178	593
Rasgo Soledad-UCLA 3	Hasta 59 años	.9893	.61495	164
	60-64	.9801	.51176	184
	65 o más años	.9476	.49235	245
	Total	.9692	.53417	593
Conexión social-UCLA 3	Hasta 59 años	.6080	.43640	164
	60-64	.6264	.43397	184
	65 o más años	.6117	.44272	245
	Total	.6152	.43760	593

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2= Variable Edad recodificada: "Hasta 59 años", "60-64 años", "65 o más años".

A continuación, en la Tabla 43 se muestran los resultados obtenidos en el análisis multivariante de la varianza para estos datos (MANOVA). Éstos evidencian la no existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables dependientes que evalúan la Soledad y el Aislamiento en función de la Edad de los participantes: Traza de Pillai = .008;  $F(10,1174)=.463$ ;  $p = .914$ ;  $\eta^2 = .004$ . El efecto de la Edad en estas variables no es significativo y las diferencias observadas son debidas al azar.

En la siguiente Tabla 44, se muestran los ANOVAs de seguimiento donde se analizan la posible existencia de diferencias significativas variable por variable y que como se puede ver, confirman los resultados que se han obtenido en el MANOVA anterior, dado que la Edad no tiene un efecto directo sobre cada una de estas variables dependientes analizadas por separado.

Tabla 43. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Edad2.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Traza de Pillai	.008	.463	10.000	1174.000	.914	.004
	Lambda de Wilks	.992	.462 <sup>b</sup>	10.000	1172.000	.915	.004
	Traza de Hotelling	.008	.461	10.000	1170.000	.915	.004
	Raíz mayor de Roy	.005	.604 <sup>c</sup>	5.000	587.000	.697	.005

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”; b= estadístico exacto; c= el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Tabla 44. *ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función la Edad2.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Edad2	Soledad Social- DJGLS	.260	2	.130	.670	.512	.002
	Soledad Emocional- DJGLS	.028	2	.014	.062	.940	.000
	Aislamiento	.307	2	.153	.409	.664	.001
	Rasgo Soledad	.202	2	.101	.354	.702	.001
	Conexión social	.034	2	.017	.089	.914	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2= Variable Edad recodificada: “Hasta 59 años”, “60-64 años”, “65 o más años”.

Con estos datos podemos afirmar que la Edad de los participantes en este estudio, no tiene un efecto directo sobre los sentimientos y/o percepción de Soledad y Aislamiento Social, y por lo tanto no influye directamente en esta percepción subjetiva. Más bien estas variaciones en las puntuaciones que se han registrado en las escalas puede ser debida a otras variables que quizás influyan en esta variabilidad, como lo pueden ser los factores situacionales o contextuales (nivel socioeconómico, educativo, lugar de residencia rural/urbano, contexto cultural, percepción de apoyo, etc.) y las variables psicológicas o características de personalidad. Por tanto, de nuevo, la Edad no es un predictor significativo de los sentimientos subjetivos de soledad, ni tampoco se asocia con la percepción de un mayor aislamiento social, tal y como la literatura científica informa.

***9.1.3.5. Resumen de los resultados obtenidos en las variables dependientes en función de la Edad***

A continuación, se ha elaborado una tabla gráfica (ver Tabla 45) que sintetiza todos los resultados obtenidos en los diversos MANOVAs que se han realizado para averiguar la posible existencia de diferencias significativas en función de la Edad de los participantes. en los cuatro grupos de variables dependientes incluidos en esta investigación

Tabla 45. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Edad2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias Edad
Edad2 (Hasta 59 años, de 60 a 64 años y mayores de 65 años)	Recursos Sociales	Traza de Pillai = .014 $F_{6,215} = 1.391; p = .215; \eta^2 = .004$	No		
	Bienestar y Satisfacción	Traza de Pillai = .073 $F_{18,1162} = .001; \eta^2 = .036$	<p><b>Relaciones Positivas</b> <math>F_{2,1178} = 4.459; p = .012; \eta^2 = .015</math></p> <p><b>Propósito en la vida</b> <math>F_{2,1178} = 7.637; p = .001; \eta^2 = .025</math></p> <p><b>Satisfacción vida Pasada</b> <math>F_{2,1178} = 5.465; p = .004; \eta^2 = .018</math></p> <p><b>Satisfacción vida Presente</b> <math>F_{2,1178} = 4.3668; p = .013; \eta^2 = .015</math></p> <p><b>Satisfacción vida Futura</b> <math>F_{2,1178} = 5.430; p = .005; \eta^2 = .018</math></p>	<p><b>Relaciones positivas:</b> a) hay <math>\neq</math> entre &gt; 65 y 60-64 (DM = -.2076; <math>p = .026</math>) b) hay <math>\neq</math> entre &gt; 65 años y de hasta 59 (DM = -.2029; <math>p = .041</math>)</p> <p><b>Propósito de vida</b> Hay <math>\neq</math> entre “mayores de 65 años” y las de “hasta 59 años” (DM = -.2453; <math>p = .000</math>)</p> <p><b>Satisfacción vida Pasada</b> a) Hay <math>\neq</math> entre &gt; de 65 y hasta 59 años (DM = .2690; <math>p = .007</math>) b) Hay <math>\neq</math> entre hasta 59 años y las de entre 60 y 64 años (DM = .2600; <math>p = .015</math>)</p> <p><b>Satisfacción vida Presente <math>\neq</math></b> Hay <math>\neq</math> entre &gt; 65 y hasta 59 (DM = .2616; <math>p = .009</math>)</p> <p><b>Satisfacción vida Futura</b> Hay <math>\neq</math> entre &gt; de 65 y hasta 59 (DM = .2307; <math>p = .003</math>)</p>	<p>Las personas mayores de 65 años tienen &lt; Relaciones positivas con los demás.</p> <p>Las personas mayores de 65 años &lt; Propósito de vida</p> <p>Las personas mayores de 65 años &gt; Satisfacción con la vida Pasada, Presente y Futura</p>
	Salud	Traza de Pillai = .020 $F_{10,1152} = 1.181; p = .300; \eta^2 = .010$	No		
	Soledad y Aislamiento	Traza de Pillai = .008 $F_{10,1174} = .463; p = .914; \eta^2 = .004$	No		

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM = diferencia de medias, > =mayor; < =menor;  $\neq$  = diferencia.

#### **9.1.4. Análisis diferencial de las variables en función de la Situación Laboral<sup>2</sup>**

En este cuarto apartado dentro de la sección de Resultados, se explicarán los resultados obtenidos tras realizar los análisis estadísticos pertinentes, con el objetivo de investigar si existían diferencias significativas en función de la Situación Laboral actual de los participantes en todas las variables dependientes que se han propuesto para este estudio. Se describen por tanto, los resultados obtenidos mediante la técnica del análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente ha sido la variable Situación Laboral y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas analizadas. En concreto, se pretende examinar si existen diferencias significativas entre las personas que en la actualidad están trabajando, entre las que están desempleadas o perciben una prestación por invalidez, entre las personas que son pensionistas o jubilados y entre las que se dedican a ser amas/os de casa en los grupos de variables dependientes: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad.

En un principio, en el Cuestionario, la variable sociodemográfica Situación Laboral se registró como una variable categórica con cinco valores o categorías (“Trabaja”, “Desempleado”, “Invalidez”, “Jubilado”, “Ama de casa”), pero posteriormente se recodificó y se agruparon dos valores, dando lugar a una variable categórica con cuatro subcategorías con los siguientes valores: “Trabaja”, “Desempleados/Invalidez”, “Jubilados” y “Amas de casa”, etiquetando esta nueva variable como Sitlab<sup>2</sup>. Esta recodificación responde a intereses y fines investigadores, para así poder realizar los análisis que permitirán comprobar los objetivos propuestos en esta tesis. Además, se consideró que las categorías “Desempleado” e “Invalidez” tenían similitudes y podrían incitar a la confusión en los análisis, dado que en ambas categorías se agrupaban aquellas personas que con posibilidad de trabajar no lo estaban, y que debido a ello podían estar percibiendo una contraprestación económica, bien por estar desempleados en la actualidad, o bien por estar en una situación de invalidez.

Finalmente, como ya se ha comentado previamente se recogieron 652 cuestionarios. Pero se estudió cómo afecta la variable Situación Laboral en los cuatro conjuntos de variables dependientes en una muestra formada por 581 personas donde se contabilizaron 71 casos perdidos que no cumplimentaron este apartado específico en el Cuestionario. La distribución de los participantes fue la siguiente: el 9.6% de ellos informó de que estaban trabajando ( $N=56$ ), el 15.5% señaló que eran Desempleados o bien tenían una pensión de Invalidez

( $N=90$ ), la gran mayoría, el 66.8%, como era de esperar, informó de que estaban Jubilados ( $N=388$ ) y en último lugar sólo el 8.1% ( $N= 47$ ) respondió en la categoría de Ama/o de casa.

#### **9.1.4.1. Recursos Sociales: Red social y Apoyo social**

A continuación en este apartado, se indagará si existen diferencias significativas en las variables que describen los Recursos Sociales (Red social y el Apoyo social funcional), en función de la Situación Laboral que tengan los participantes en la actualidad.

En la Tabla 46 que se presenta más abajo, tras este párrafo, se muestran los análisis descriptivos obtenidos para ambas escalas, pero diferenciando entre las situaciones laborales. En dicha tabla se observa que para la Escala Red social y Estructural de Lubben, la categoría laboral que registra mayores puntuaciones en su percepción de Red social es la de Desempleado/Invalidez ( $M= 3.66$ ;  $DT = .91$ ) y la de Ama/o de casa ( $M=3.66$ ;  $DT = .96$ ). Por otro lado, para el componente de Apoyo social confidencial la categoría laboral que informa de puntuaciones medias más elevadas en este factor son las personas que están trabajando en la actualidad ( $M= 4.03$ ;  $DT = .83$ ) y para el factor Apoyo social afectivo las puntuaciones más altas se dan para las personas Jubiladas ( $M=4.11$ ;  $DT = .92$ ).

Posteriormente, los resultados del MANOVA probaron la no existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables de Recursos Sociales en función de su Situación laboral actual, pues el valor de la Traza de Pillai obtenido es .020 y está asociado a un valor de  $F(9,1968)= 1.268$ ;  $p = .250$ ;  $\eta^2 = 007$ . Por consiguiente, podemos afirmar que la Situación laboral no tiene un efecto significativo en este conjunto de variables dependientes (Ver Tabla 47).

Y de nuevo, estos resultados se confirman tras los ANOVAs de continuación (Tabla 48) calculados, que corroboran el resultado previo obtenido con el MANOVA, al no encontrarse diferencias significativas en función de la Situación Laboral en cada una de las variables por separado: Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Por lo que la Situación Laboral no tiene un efecto directo en estas variables, de modo que el hecho de estar trabajando, o bien ser desempleado o jubilado o bien ama/o de casa, no influye en la percepción subjetiva de una mayor o menor Red social y ni de un mayor o menor Apoyo social.

Tabla 46. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Situación Laboral.

Variables	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Trabaja	3.6253	.74254	55
	Desempleado o invalidez	3.6629	.91150	90
	Jubilado	3.5343	.78846	378
	Ama de casa	3.6625	.96399	47
	Total	3.5740	.82006	570
Apoyo social confidencial-Duke	Trabaja	4.0307	.83235	55
	Desempleado o invalidez	3.8397	.94118	90
	Jubilado	4.0102	.85300	378
	Ama de casa	3.9474	.96242	47
	Total	3.9801	.87483	570
Apoyo social afectivo-Duke	Trabaja	4.1045	.85755	55
	Desempleado o invalidez	3.9407	.89590	90
	Jubilado	4.1131	.92187	378
	Ama de casa	4.1082	1.09634	47
	Total	4.0846	.92708	570

Nota: N=Tamaño muestral.

Tabla 47. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Situación Laboral.

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Traza de Pillai	.020	1.268	9.000	1698.000	.250	.007
	Lambda de Wilks	.980	1.270	9.000	1372.778	.248	.007
	Traza de Hotelling	.020	1.272	9.000	1688.000	.247	.007
	Raíz mayor de Roy	.018	3.459 <sup>c</sup>	3.000	566.000	.016	.018

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Tabla 48. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social funcional en función la Situación Laboral.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Red social y estructural-Lubben	1.819	3	.606	.901	.440	.005
	Apoyo social confidencial-Duke	2.306	3	.769	1.005	.390	.005
	Apoyo social afectivo-Duke	2.217	3	.739	.859	.462	.005

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”.

En resumen, los resultados obtenidos tras este análisis sugieren que la situación laboral actual de los participantes en este estudio, no afecta significativamente en la percepción subjetiva de Recursos Sociales, es decir, en la percepción de una mayor o menor red social ni tampoco en la percepción de un menor o mayor apoyo social.

#### ***9.1.4.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Una vez comentados los resultados del análisis multivariante para el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales, seguidamente en esta sección, se procederá a explicar los resultados encontrados para el grupo de variables que miden el Bienestar y la Satisfacción vital. El objetivo es comprobar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes que evalúan el Bienestar Psicológico y a la Satisfacción Vital en función de la Situación Laboral de los participantes, y para ello se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es la Situación Laboral 2 (recodificada) y las variables dependientes son las puntuaciones en cada factor o dimensión de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y de la Escala Temporal de la Satisfacción con la vida.

A continuación, en la Tabla 49, se presentan los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas, obtenidos en las escalas separando las puntuaciones por las categorías laborales. A nivel descriptivo y resumidamente, en cuanto al Bienestar Psicológico, las personas que “Trabajan” registran puntuaciones medias más altas en el factor Autonomía ( $M=3.54$ ;  $DT = .42$ ) y Propósito con la vida ( $M = 3.51$ ;  $DT = .57$ ). Las personas “Desempleadas o con Invalidez”, obtienen puntuaciones medias más altas en Relaciones positivas con los demás ( $M = 3.81$ ;  $DT = 1.21$ ). Las personas “Jubiladas” tienen medias más altas en el factor Dominio del Entorno ( $M = 3.51$ ;  $DT = .54$ ) y Autoaceptación ( $M = 3.56$ ;  $DT= .67$ ). Y, por último, las “Amas de casa” tienen puntuaciones más elevadas en el factor Crecimiento Personal ( $M = 4.06$ ;  $DT = 2.05$ ).

Por otro lado, los descriptivos para Satisfacción con la vida, informan que en relación a la Satisfacción con la vida Pasada, las personas que obtienen puntuaciones medias más altas de satisfacción son las “Amas de casa” ( $M = 3.44$ ;  $DT = .95$ ) junto con las personas “Jubiladas” ( $M= 3.44$ ;  $DT = .90$ ). En Satisfacción con la vida Presente, en esta ocasión son los “Jubilados”

los que más satisfechos están ( $M = 3.80$ ;  $DT = .86$ ) y en cuanto a la Satisfacción con la vida Futura son las “Amas de casa” ( $M = 3.58$ ;  $DT = .70$ ) quienes registran puntuaciones más altas.

Tabla 49. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Situación Laboral.

VARIABLES	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Trabaja	3.5455	.42728	55
	Desempleado o invalidez	3.4981	.50533	89
	Jubilado	3.5106	.54296	377
	Ama de casa	3.4704	.51406	45
	Total	3.5088	.52370	566
Environmental Mastery Ryff	Trabaja	3.5333	.53901	55
	Desempleado o invalidez	3.4944	.58358	89
	Jubilado	3.5937	.56863	377
	Ama de casa	3.4074	.63121	45
	Total	3.5574	.57478	566
Personal Growth Ryff	Trabaja	4.0061	.56471	55
	Desempleado o invalidez	3.8614	.52659	89
	Jubilado	3.8382	.58616	377
	Ama de casa	4.0630	2.05704	45
	Total	3.8760	.79829	566
Positive relations Ryff	Trabaja	3.5242	.68675	55
	Desempleado o invalidez	3.8109	1.21937	89
	Jubilado	3.5230	.70317	377
	Ama de casa	3.4370	.94166	45
	Total	3.5615	.82880	566
Purpose in life Ryff	Trabaja	3.5182	.57258	55
	Desempleado o invalidez	3.3708	.61430	89
	Jubilado	3.2807	.63252	377
	Ama de casa	3.2963	.84454	45
	Total	3.3192	.64591	566
Self acceptance Ryff	Trabaja	3.5515	.60932	55
	Desempleado o invalidez	3.4831	.60514	89
	Jubilado	3.5690	.67061	377
	Ama de casa	3.4519	.69687	45
	Total	3.5445	.65674	566
Satisfacción Vida Pasada	Trabaja	3.2464	.77941	55
	Desempleado o invalidez	3.3438	.80721	89
	Jubilado	3.4419	.90830	377
	Ama de casa	3.4478	.95756	45
	Total	3.4079	.88547	566
Satisfacción Vida Presente	Trabaja	3.6118	.91646	55
	Desempleado o invalidez	3.5401	.87864	89
	Jubilado	3.8031	.86862	377
	Ama de casa	3.7867	.81397	45
	Total	3.7418	.87461	566
Satisfacción Vida Futura	Trabaja	3.3691	.68113	55
	Desempleado o invalidez	3.4667	.67891	89
	Jubilado	3.5599	.70281	377
	Ama de casa	3.5885	.70088	45
	Total	3.5289	.69794	566

Nota: N=Tamaño muestral; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tras realizar el MANOVA (los resultados aparecen en la Tabla 50) y en base al criterio de Pillai, la Situación Laboral afectan significativamente a la combinación de variables dependientes: Traza de Pillai = .078;  $F(27, 1688) = 1.659$ ;  $p = .018$ ;  $\eta^2 = .026$ . Los resultados reflejan una modesta asociación entre situación Laboral y la combinación de variables, con una  $\eta^2$  parcial de .026, es decir el tamaño del efecto de la Situación Laboral sobre las variables dependiente es 2.6% de la variabilidad explicada.

Tabla 50. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Situación Laboral.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Traza de Pillai	.078	1.659	27.000	1668.000	.018	.026
	Lambda de Wilks	.924	1.656	27.000	1618.608	.019	.026
	Traza de Hotelling	.081	1.653	27.000	1658.000	.019	.026
	Raíz mayor de Roy	.038	2.359 <sup>c</sup>	9.000	556.000	.013	.037

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; b= estadístico exacto; c= el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Tras haber resultado significativo el MANOVA anterior, además, se calcularon los análisis de varianza de continuación (ANOVA), para investigar el impacto principal en cada variable dependiente por separado, dadas las diferencias multivariantes estadísticamente significativas. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 51. Previamente, se comprobó la igualdad de varianzas con el Contraste de Levene en cada factor del Bienestar Psicológico y de la Satisfacción con la vida, el cual informó que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas en todos los factores a excepción de Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás y Propósito con la vida, pues los valores obtenidos de  $p$  son  $<$  que .05 (.004, .039 y .018, respectivamente).

La Situación Laboral tuvo un efecto principal significativo con el factor Relaciones positivas con los demás ( $F(3,1692) = 3.374$ ;  $p = .018$ ;  $\eta^2 = .018$ ). Siendo el tamaño del efecto pequeño pues sólo explica el 1.8% de la variabilidad total en la variable. También tuvo un efecto principal significativo con el factor Satisfacción con la vida presente ( $F(3,1692)=2.662$ ;  $p=.047$ ;  $\eta^2 = .014$ ) aunque el tamaño del efecto es también pequeño pues sólo explica el 1.4% de la varianza total. En síntesis, la variable Situación Laboral produce diferencias estadísticamente significativas en la percepción de Relaciones positivas con los demás y en la percepción de Satisfacción con la vida en el momento presente.

Tabla 51. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función la Situación Laboral.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Autonomía Ryff	.152	3	.051	.184	.908	.001
	Environmental Mastery Ryff	1.895	3	.632	1.921	.125	.010
	Personal Growth Ryff	3.061	3	1.020	1.606	.187	.009
	Positive relations Ryff	6.867	3	2.289	3.374	.018	.018
Sitlab2	Purpose in life Ryff	2.996	3	.999	2.412	.066	.013
	Self acceptance Ryff	.950	3	.317	.733	.533	.004
	Satisfacción Vida Pasada	2.307	3	.769	.981	.401	.005
	Satisfacción Vida Presente	6.056	3	2.019	2.662	.047	.014
	Satisfacción Vida Futura	2.271	3	.757	1.558	.198	.008

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Con el fin de profundizar más, a continuación, se realizaron Comparaciones múltiples como pruebas post-hoc para determinar entre qué categorías laborales se encuentran las diferencias significativas en estas variables en donde han aparecido efectos principales. Según hemos comprobado el factor Relaciones positivas del cuestionario Bienestar Psicológico no cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba de Games-Howell. Encontramos diferencias significativas en el factor Relaciones positivas entre las medias de las personas “Jubiladas” y las personas que están “Desempleadas o con Invalidez” ( $DM=.287$ ;  $p= .017$ ), por lo que las personas que en la actualidad están desempleadas informan significativamente de mayores Relaciones positivas con los demás que las que están jubiladas, es decir, las personas que puntúan alto en esta dimensión tienen relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás, se preocupan por el bienestar de los otros, son capaces de experimentar sentimientos de empatía, amor e intimidad con los demás y entienden el dar y recibir que implican las relaciones. En la Figura 24 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

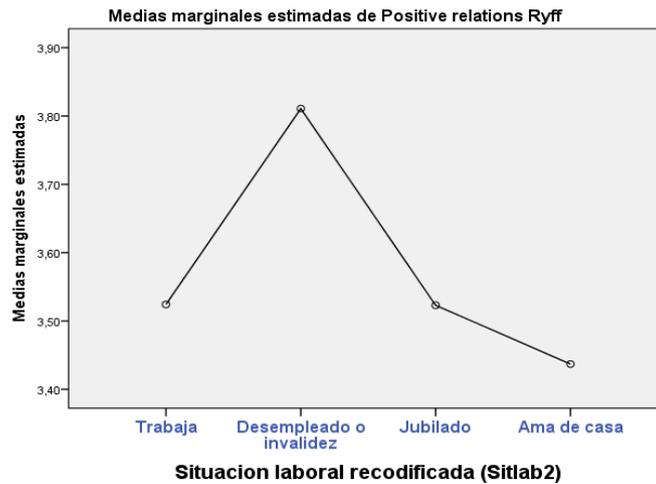


Figura 24. Medias entre Situación Laboral y Relaciones Positivas con los demás (Ryff).

En cuanto a la Satisfacción con la vida Presente, tal y como se ha comprobado previamente, cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey. Encontramos una diferencia significativa marginal de nuevo entre las medias de las personas “Jubiladas” y las de las personas “Desempleadas/Invalidez” ( $DM=.263$ ;  $p = .052$ ), de forma que los Jubilados están significativamente más satisfechos con su vida en la actualidad que los que se encuentran en una situación de Desempleo o con Invalidez. En la Figura 25 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

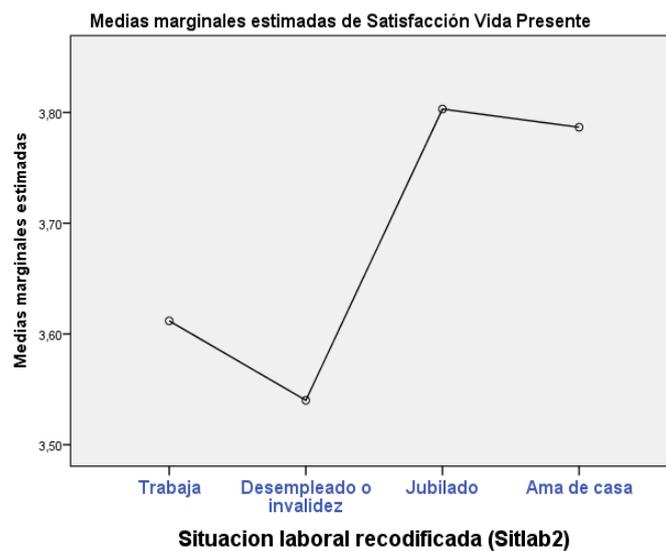


Figura 25. Medias entre Situación Laboral y Satisfacción Temporal con la Vida Presente.

### **9.1.4.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado**

Con el fin de investigar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la Situación Laboral en el conjunto de variables dependientes que hacen referencia a la Salud: Salud percibida, Autocuidado y Depresión, se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es la Situación Laboral 2 (recodificada) y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en las escalas.

En la Tabla 52, se muestran los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas, obtenidos en las escalas separando por categorías laborales. Resumidamente, en cuanto a la Salud Percibida, las personas que son “Amas/os de casa” informan de puntuaciones medias más elevadas ( $M = 4.07$ ;  $DT = .68$ ), mientras que las personas “Desempleadas o con Invalidez” informan de peor Salud Percibida ( $M = 3.96$ ;  $DT = .71$ ). Para el factor Autocuidado Físico, las puntuaciones medias más altas son para las personas que están “Desempleadas/Invalidez” ( $M = 3.97$ ;  $DT = .78$ ), mientras que las personas que están trabajando informan de un menor uso de conductas para Autocuidado físico. Para el factor Autocuidado social las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas “Jubiladas” ( $M = 4.02$ ;  $DT = .58$ ) y las personas que en la actualidad están trabajando obtienen las puntuaciones menores ( $M = 3.84$ ;  $DT = .60$ ). En el último factor de la Escala de Autocuidado, el Autocuidado interno, las personas que informan de puntuaciones más altas en esta dimensión son las personas que son “Amas/os de casa” ( $M = 3.65$ ;  $DT = 1.01$ ) y las que llevan a cabo menos conductas para equilibrar la mente y las emociones son las personas que están trabajando ( $M = 2.98$ ;  $DT = .84$ ). Finalmente, en cuanto a la variable Depresión las personas con una mayor sintomatología depresiva son las/os “Amas/os de casa” ( $M = 1.93$ ;  $DT = .82$ ) y las personas que trabajan actualmente tienen puntuaciones medias más bajas en depresión ( $M = 1.63$ ;  $DT = .70$ ).

Tabla 52. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Situación Laboral.

VARIABLES	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Trabaja	4.0263	.63861	55
	Desempleado o invalidez	3.9621	.71566	89
	Jubilado	4.0273	.67254	369
	Ama de casa	4.0779	.68599	44
	Total	4.0208	.67622	557
Self Care-physical	Trabaja	3.7515	.73973	55
	Desempleado o invalidez	3.9738	.78693	89
	Jubilado	3.9612	.84082	369
	Ama de casa	3.9470	.79710	44
	Total	3.9414	.81989	557
Self Care-social	Trabaja	3.8424	.60809	55
	Desempleado o invalidez	3.9363	.58738	89
	Jubilado	4.0230	.58964	369
	Ama de casa	3.9773	.71310	44
	Total	3.9877	.60275	557
Self Care-internal	Trabaja	2.9879	.84123	55
	Desempleado o invalidez	3.0955	.92860	89
	Jubilado	3.2064	.97450	369
	Ama de casa	3.6515	1.01144	44
	Total	3.2023	.96707	557
Depresión	Trabaja	1.6364	.70514	55
	Desempleado o invalidez	1.7172	.81835	89
	Jubilado	1.6593	.72423	369
	Ama de casa	1.9334	.82393	44
	Total	1.6880	.74810	557

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

El MANOVA realizado y cuyos resultados aparecen en la siguiente Tabla 53, evidencian la existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables en función de la Situación Laboral (Traza de Pillai = .054;  $F(15,1653) = 2.010$ ;  $p = .012$ ;  $\eta^2 = .018$ ). Los resultados reflejan una modesta asociación entre la Situación Laboral y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .018, es decir el tamaño del efecto de la Situación Laboral sobre las variables dependiente explica 1.8% de la varianza explicada global.

Tabla 53. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Situación Laboral.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Traza de Pillai	.054	2.010	15.000	1653.000	.012	.018
	Lambda de Wilks	.947	2.018	15.000	1515.949	.012	.018
	Traza de Hotelling	.055	2.023	15.000	1643.000	.011	.018
	Raíz mayor de Roy	.040	4.421 <sup>c</sup>	5.000	551.000	.001	.039

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Posteriormente, se realizaron análisis de varianza (ANOVAs) para investigar el impacto principal en cada variable dependiente por separado, dadas las diferencias multivariantes estadísticamente significativas. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 54. Previamente, se comprobó la igualdad de varianzas con el Contraste de Levene en cada variable y factor de Autocuidado, el cual informó que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas en todos los valores obtenidos pues el resultado de  $p$  son  $>$  que .05. Las diferencias estadísticamente significativas en función de la Situación Laboral, tal y como se puede apreciar en dicha tabla, aparecen solamente para el Autocuidado interno ( $F(3,1665) = 4.514$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .024$ ). Siendo el tamaño del efecto modesto para esta variable dado que explica el 2.4 % de la varianza total.

Tabla 54. *ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función la Situación Laboral.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Perceived Health	.467	3	.156	.339	.797	.002
	Self Care-physical	2.222	3	.741	1.102	.348	.006
	Self Care-social	1.861	3	.620	1.714	.163	.009
	Self Care-internal	12.429	3	4.143	4.514	.004	.024
	Depresión	3.176	3	1.059	1.901	.128	.010

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

A continuación, además, se realizaron Comparaciones múltiples como pruebas post-hoc para determinar entre qué categorías laborales se encuentran estas diferencias significativas en

el Autocuidado interno. Tal y como se ha comprobado previamente este factor cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey. En concreto encontramos diferencias significativas entre las "Amas de casa" y las personas que trabajan ( $DM = .663$ ;  $p = .004$ ), entre las personas Desempleadas y las "Amas de casa" ( $DM = -.556$ ;  $p = .009$ ) y entre las "Amas de casa" y las personas Jubiladas ( $DM = .445$ ;  $p=.038$ ). En todos los casos las personas que se describen como Amas/os de casa llevan a cabo significativamente en mayor medida conductas de Autocuidado interno para mantener el equilibrio mental y emocional que el resto. En la Figura 26 que se muestra seguidamente podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

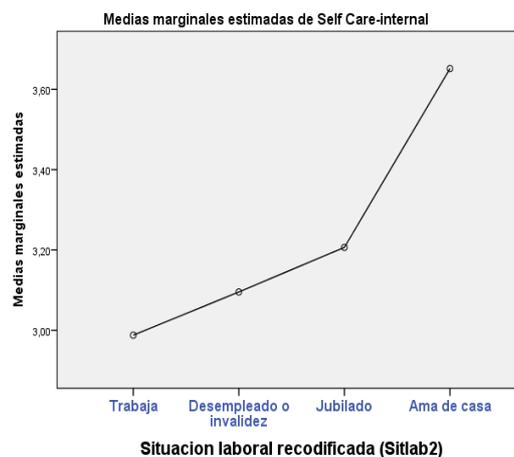


Figura 26. Medias entre Situación Laboral y Autocuidado Interno.

#### 9.1.4.4. Soledad y Aislamiento Social

En esta última sección de este apartado del capítulo de Resultados donde se analizan la influencia de las variables demográficas sobre las variables dependientes, se comprobará específicamente, si existen diferencias significativas en el conjunto de variables: Soledad y Aislamiento social analizadas globalmente, en función de la Situación Laboral de los participantes. Para ello se realizará un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) donde el factor o variable independiente es la Situación Laboral 2 (recodificada) y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Soledad DJGLS y en la Escala de Soledad UCLA 3.

En la siguiente Tabla 55 que aparece al final de este párrafo, se muestran las medias y desviaciones típicas separadas por las categorías laborales y que se han obtenido en ambas escalas. De forma muy simplificada se observa que para el factor Soledad Social (DJGLS) las

personas que “Trabajan” puntúan más alto en esta dimensión de la Soledad ( $M= .65$ ;  $DT=.43$ ), mientras que los “Desempleados/Invalidez” en cambio, más bajo ( $M= .53$ ;  $DT = .40$ ). Por otra parte, en el factor Soledad Emocional (DJGLS) son las/os “Amas/os de casa” los que obtienen puntuaciones medias más elevadas ( $M= .51$ ;  $DT=.54$ ), en cambio las puntuaciones medias más bajas son para las personas que están trabajando ( $M= .33$ ;  $DT = .40$ ). A continuación, para el factor Aislamiento de la UCLA 3, de nuevo “las/os Amas/os de casa” informan de valores más elevados en este factor ( $M= 1.08$ ;  $DT = .68$ ) y mientras que los “Jubilados” informan de valores más bajos ( $M=.96$ ;  $DT = .57$ ). En cuanto al factor Rasgo Soledad de la UCLA 3, tanto las personas que “Trabajan” ( $M= 1.02$ ;  $DT = .70$ ) como las/os “Amas/os de casa” ( $M= 1.02$ ;  $DT = .53$ ) registran los valores más elevados, en cambio que los “Jubilados” registran los valores más bajos ( $M= .93$ ;  $DT = .49$ ). En último lugar, para el factor Conexión Social de la UCLA 3, los que están trabajando obtienen valores medios más altos ( $M= .65$ ;  $DT=.41$ ), y en cambio los “Desempleados/Invalidez”, obtienen los valores más bajos ( $M=.56$ ;  $DT=.43$ ).

Para poner a prueba estas diferencias encontradas a nivel descriptivo en las puntuaciones medias en ambas Escalas, de nuevo se aplicó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA) cuyos resultados se presentan en la Tabla 56. Dicho análisis demuestra la no existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes en función de la Situación Laboral (Traza de Pillai = .029;  $F(15,1680) = 1.090$ ;  $p=.360$ ;  $\eta^2 = .010$ ). Por tanto, la variabilidad en las puntuaciones medias obtenidas en las Escalas es debida al azar y la Situación Laboral no tiene un efecto principal en este conjunto de variables.

Tabla 55. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Situación Laboral.

VARIABLES	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Trabaja	.6519	.43121	54
	Desempleado o invalidez	.5324	.40681	89
	Jubilado	.5362	.42551	376
	Ama de casa	.5638	.54987	47
	Total	.5489	.43496	566
Soledad Emocional- DJGLS	Trabaja	.3395	.40722	54
	Desempleado o invalidez	.3676	.42281	89
	Jubilado	.4010	.47049	376
	Ama de casa	.5106	.54552	47
	Total	.3990	.46485	566
Aislamiento- UCLA 3	Trabaja	1.0134	.70914	54
	Desempleado o invalidez	1.0102	.61073	89
	Jubilado	.9609	.57442	376
	Ama de casa	1.0897	.68018	47
	Total	.9844	.60283	566
Rasgo Soledad- UCLA 3	Trabaja	1.0247	.70759	54
	Desempleado o invalidez	.9747	.50211	89
	Jubilado	.9357	.49550	376
	Ama de casa	1.0248	.53244	47
	Total	.9577	.52292	566
Conexión social- UCLA 3	Trabaja	.6561	.41303	54
	Desempleado o invalidez	.5658	.43371	89
	Jubilado	.6161	.43305	376
	Ama de casa	.6457	.49396	47
	Total	.6145	.43618	566

Nota: N=Tamaño muestral.

Tabla 56. . Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento Social en función de la Situación Laboral.

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Sitlab2	Traza de Pillai	.029	1.090	15.000	1680.000	.360	.010
	Lambda de Wilks	.971	1.089	15.000	1540.794	.361	.010
	Traza de Hotelling	.029	1.087	15.000	1670.000	.363	.010
	Raíz mayor de Roy	.017	1.869 <sup>c</sup>	5.000	560.000	.098	.016

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Tabla 57. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento Social en función la Situación Laboral.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Soledad Social- DJGLS	.668	3	.223	1.178	.317	.006
	Soledad Emocional- DJGLS	.866	3	.289	1.338	.261	.007
Sitlab2	Aislamiento-UCLA 3	.833	3	.278	.763	.515	.004
	Rasgo Soledad-UCLA 3	.661	3	.220	.805	.491	.004
	Conexión social-UCLA 3	.351	3	.117	.614	.606	.003

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= Variable Situación Laboral recodificada: “Trabaja”, “Desempleado”, “Jubilado”, “Ama/o de casa”.

Los ANOVAs de continuación que calcula el programa, se muestran en la Tabla 57, los cuales corroboran los resultados hallados en el MANOVA anterior, pues los análisis muestran que no hay diferencias significativas en función de la Situación Laboral en cada variable dependiente por separado. Por consiguiente, podemos afirmar que la Situación laboral que presenten los participantes, ya sean, Desempleados/Invalidez, con Trabajo, Jubilados o bien se dediquen a ser Amas/os de casa no influye de manera directa en los sentimientos y percepciones de Soledad y Aislamiento Social.

#### ***9.1.4.5. Resumen de los resultados obtenidos en las variables dependientes en función de la Situación Laboral 2 (recodificada)***

Para tener una referencia comparativa, a continuación se ofrece una tabla resumen (ver Tabla 58), que agrupa todos los resultados que se han hallado con los análisis multivariantes y univariantes con el fin de analizar si la Situación Laboral afecta a las variables dependientes y por extensión influye en el envejecimiento positivo.

Tabla 58. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Situación Laboral.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias Situación Laboral
<b>Situación Laboral<sup>2</sup></b> <b>(Trabaja, Desempleado/Invalidez, Jubilado, Ama/o de casa)</b>	<b>Recursos Sociales</b>	Traza de Pillai = .020 $F_{9,1698} = 1.268; p = .250; \eta^2 = .007$	No		
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	Traza de Pillai = .078; $F_{27,1688} = 1.659; p = .018; \eta^2 = .026$	<b>Relaciones positivas con los demás</b> $F_{3,1692} = 3.374; p = .018; \eta^2 = .018$  <b>Satisfacción Vital Presente</b> $F_{3,1692} = 2.662; p = .047; \eta^2 = .014$	Hay ≠ entre Jubilados y Desempleados/Invalidez (DM = .2879; $p = .017$ )  Hay ≠ entre Jubilados y Desempleados/Invalidez (DM = -.2630; $p = .052$ )	Los Desempleados perciben > y mejores relaciones positivas con los demás que los Jubilados  Las personas Jubiladas > Satisfacción con la vida presente que los Desempleados o con invalidez
	<b>Salud</b>	Traza de Pillai = .054; $F_{15,1653} = 2.010; p = .012; \eta^2 = .018$	<b>Autocuidado interno</b> $F_{3,1665} = 4.514; p = .004; \eta^2 = .024$	a) Hay ≠ entre "Amas de casa" y los que trabajan (DM = .6636; $p = .004$ ) b) Hay ≠ entre "Amas de casa" y Desempleados (DM = -.5560; $p = .009$ ) c) Hay ≠ entre "Amas de casa" y Jubilados (DM = .4451; $p = .038$ )	Las personas que son Amas/os de casa realizan más conductas de Autocuidado interno que el resto
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	Traza de Pillai = .029; $F_{15,1680} = 1.090; p = .360; \eta^2 = .010$	No		

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM = diferencia de medias; > =mayor; < =menor; ≠= diferencia.

## **9.2. Análisis de las relaciones de las variables dependientes con la frecuencia de contacto con familiares: hijos, nietos y padres**

En este punto del capítulo de Resultados, se examinarán en primer lugar las características descriptivas de las variables que informan sobre el número de hijos, nietos y padres vivos, así como la frecuencia de contacto con dichos familiares. Para posteriormente, explorar las posibles asociaciones entre la frecuencia de contacto con familiares y las variables dependientes que se han utilizado en este estudio como indicadores de envejecimiento con éxito. Como ya se ha comentado previamente, se presentarán dichos resultados distribuidos en cuatro grupos de variables: Recursos Sociales, Bienestar/Satisfacción Vital, Salud y Soledad /Aislamiento social.

El contacto con la familia, principalmente con hijos cuando los tienen, es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos que las personas mayores tienen con sus familiares, y en concreto con sus hijos, es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen. Es un indicador generalmente no utilizado en las comparaciones internacionales.

Para ello, para cada grupo de variables se presentan dos análisis de correlación: por una parte una correlación que explora las relaciones entre las variables dependientes y su asociación con el Número de Hijos, Nietos y Padres vivos, es decir, en primer lugar se pretende averiguar si existe relación entre los componentes del envejecimiento positivo con la posibilidad de tener o no familiares directos tomado como un indicador de posibilidad de contacto. Pero dado que el Número de Hijos, Nietos, Padres vivos no tiene una distribución normal se realizaron correlaciones no paramétricas (Spearman), pues son más robustas cuando no se cumple el supuesto de normalidad necesario para aplicar el coeficiente de correlación de Pearson.

Por otra parte, además se realizaron correlaciones paramétricas (Pearson) para explorar las relaciones entre las variables dependientes y en esta ocasión, con la Frecuencia de contacto con dichos familiares, pues tiene más potencia estadística cuando se cumple el supuesto de distribución normal. El objetivo es averiguar si una mayor o menor frecuencia en el contacto con los familiares se asocia positivamente o negativamente con las variables dependientes analizadas en esta investigación.

### 9.2.1. Análisis descriptivo de las variables independientes: Número de hijos, nietos y padres vivos

El ser humano durante su vida está inmerso en una serie de relaciones con las demás personas que se entrelazan formando una red, de ahí el concepto de red de apoyo social, estructura dentro de la cual el apoyo es recibido, brindado e intercambiado. El apoyo social ha sido calificado por los diferentes investigadores como de gran valor para el bienestar psicológico y el mantenimiento de la salud. La red de apoyo informal está constituida por aquellas personas cercanas; familiares, cónyuge y amigos fundamentalmente. Cuando las personas mayores necesitan apoyo social lo reciben en general en este orden: del cónyuge, un hijo, otros familiares. Amigos y vecinos suelen dar apoyo afectivo y compañía. Los hijos son los que proporcionan más apoyo instrumental como los cuidados de atención personal y doméstica, realizando estas tareas por más tiempo (Pinazo-Hernandis, 2005).

Este punto pretende dar información descriptiva sobre la variable independiente Número y Frecuencia de contacto con familiares: hijos, nietos y padres que todavía viven, en este grupo de población que compone la muestra.

A continuación, en primer lugar, en la Tabla 59 se muestra los valores de *N* y los valores perdidos para el Número de hijos, nietos y padres vivos. De los 652 cuestionarios que se recogieron, 561 personas informaron tener hijos, 360 personas declararon tener nietos y 294 personas señalaron que todavía tenían algún padre vivo.

Tabla 59. Valores de *N* para las variables Número de hijos, nietos y padres vivos.

		Núm. hijos	Núm. nietos	Padres vivos
<i>N</i>	Válidos	561	360	294
	Perdidos	91	292	358

Nota: *N* = Tamaño de la muestra; Núm. Hijos = Número de Hijos; Núm. Nietos = Número de nietos.

En la siguiente Tabla 60 podemos ver la frecuencia para el Número de hijos, que es una variable importante que se relaciona con la Red social y por ser una potencial fuente de apoyo social familiar. El rango de Número de hijos que se registró en nuestra muestra es de 0 hijos, 11 personas informaron de no tener hijos (2%), hasta 9 hijos (0.4%) en donde hubo dos casos para este valor. Pero en general el número de hijos promedio es de dos, ya que el 52.2% de las personas (*N*= 293) que componen la muestra señala esta opción. Le siguen los que informan tener tres hijos (21.4%, *N*= 120) y con un hijo sólo se da para el 14.8% (*N*=83).

Tabla 60. Frecuencias y porcentaje de Número de hijos.

Número de Hijos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	11	1.7	2.0	2.0
	1	83	12.7	14.8	16.8
	2	293	44.9	52.2	69.0
	3	120	18.4	21.4	90.4
Válidos	4	36	5.5	6.4	96.8
	5	14	2.1	2.5	99.3
	6	2	.3	.4	99.6
	9	2	.3	.4	100.0
	Total	561	86.0	100.0	
Perdidos	Sistema	91	14.0		
Total		652	100.0		

En segundo lugar, se describe la frecuencia para el Número de nietos. A continuación, en la Tabla 61 podemos ver las frecuencias para el número de Nietos. El rango para esta variable va de 0 nietos (15.3%) hasta 10 nietos (0.6%). Se observa que prácticamente alrededor de la mitad de la muestra tenía entre un nieto (25.6%) y dos nietos (25%) y que aproximadamente el 85% de los participantes informó tener nietos.

Tabla 61. Frecuencia y porcentaje de Número de nietos.

Número de Nietos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	55	8.4	15.3	15.3
	1	92	14.1	25.6	40.8
	2	90	13.8	25.0	65.8
	3	44	6.7	12.2	78.1
	4	40	6.1	11.1	89.2
Válidos	5	14	2.1	3.9	93.1
	6	11	1.7	3.1	96.1
	7	5	.8	1.4	97.5
	8	7	1.1	1.9	99.4
	10	2	.3	.6	100.0
	Total	360	55.2	100.0	
Perdidos	Sistema	292	44.8		
	Total	652	100.0		

Finalmente y en tercer lugar, respecto a la variable de Número de padres vivos, el 46.3% de los participantes en la investigación, informaba de que al menos tenían en la actualidad un progenitor vivo. El 44.2%, en cambio informó no tener a sus padres vivos. Solamente el 8.5% de los participantes señaló que actualmente tenía todavía a sus dos padres con vida (ver Tabla 62).

Tabla 62. Frecuencia y porcentaje del Número de padres vivos.

Número de Padres Vivos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	130	19.9	44.2	44.2
	1	136	20.9	46.3	90.5
	2	25	3.8	8.5	99.0
	3	1	.2	.3	99.3
	4	2	.3	.7	100.0
	Total	294	45.1	100.0	
Perdidos	Sistema	358	54.9		
	Total	652	100.0		

### 9.2.2. Correlaciones entre el Número y Frecuencia de contacto con hijos

En esta sección, se realizaron análisis de correlaciones con el fin de explorar las posibles relaciones entre las variables dependientes consideradas y el número y la frecuencia de contacto que se tiene con los hijos en primer lugar.

#### 9.2.2.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social

Los análisis de correlación efectuados para la variable Número de hijos con el grupo de variables que hacen referencia a los Recursos Sociales (Red social y Apoyo social funcional), los coeficientes de Correlación de Spearman informan de relaciones positivas estadísticamente significativas con el factor Apoyo social afectivo ( $r_s=.093$ ;  $p<.05$ ). Estos resultados se muestran en la Tabla 63. En este sentido, a mayor número de hijos mayor es la percepción de apoyo afectivo, es decir, una mayor percepción de apoyo en cuanto a expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos. Aunque la relación es significativa, es de tamaño pequeño.

Tabla 63. Relaciones entre el Número de hijos y los Recursos Sociales: Red social y Apoyo social funcional (Spearman).

		Red social y estructural- Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	.067	-.002	.093*
	Sig. (bilateral)	.116	.964	.029
	N	556	556	556

Nota: N=Tamaño muestral; Núm. Hijos = Número de Hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

A continuación se presentan los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos para la variable frecuencia de contacto con los hijos (que informa si los contactos con los hijos son diariamente, semanalmente, mensualmente, algunas veces al año o nunca) con las variables que evalúan de Recursos Sociales. Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa y de signo positivo con la Red social ( $r_{xy}=.169$ ;  $p < 0.01$ ), resultado que sugiere que a medida que hay una mayor frecuencia de contacto con los hijos hay percepción de una mayor Red social y por tanto, un menor grado de aislamiento social (ver Tabla 64).

Tabla 64. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y los Recursos Sociales: Red social y Apoyo social funcional (Pearson).*

		Red social y estructural-Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
	Correlación de Pearson	.169**	.058	.060
Contacto Hijos	Sig. (bilateral)	.000	.165	.152
	<i>N</i>	573	573	573

Nota: *N*=Tamaño muestral; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

A modo de resumen, estos análisis de correlación nos dan idea de qué tan linealmente están correlacionadas dos variables. Podemos decir que hay evidencias de que a mayor número de hijos mayor es la percepción de apoyo social afectivo. Y que una mayor frecuencia de contacto con los hijos mayores se relaciona con la percepción de un tamaño mayor de Red social y de un menor aislamiento.

#### **9.2.2.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la Vida**

De nuevo se repetirán los análisis, pero esta vez con las variables que evalúan el Bienestar Psicológico y la Satisfacción Vital. En relación con el Número de hijos, los resultados muestran la existencia de relaciones estadísticamente significativas para el factor Crecimiento Personal ( $r_s = -.086$ ;  $p < .05$ ) y Relaciones positivas con los demás ( $r_s = -.104$ ;  $p < .05$ ) de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (ver Tabla 65), y además ambas se relacionan con signo negativo. Se podría decir que a mayor número de hijos, menor es la percepción de capacidad para desarrollar sus potencialidades con el objetivo de crecer y expandirse como ser humano (Crecimiento Personal) y menor es la percepción de calidez y confianza en las relaciones interpersonales (Relaciones positivas). Es decir, el hecho de tener hijos o no, puede ser un hándicap para estos aspectos del Bienestar psicológico, aunque hay

que puntualizar que a pesar de que las relaciones que se han encontrado son significativas, son de pequeño tamaño.

Tabla 65. *Relaciones entre el Número de hijos con el Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida (Spearman).*

		Núm. hijos
Autonomía Ryff	Coefficiente de correlación	-.011
	Sig. (bilateral)	.803
	<i>N</i>	554
Environmental Mastery Ryff	Coefficiente de correlación	-.024
	Sig. (bilateral)	.568
	<i>N</i>	555
Personal Growth Ryff	Coefficiente de correlación	-.086*
	Sig. (bilateral)	.043
	<i>N</i>	553
Positive relations Ryff	Coefficiente de correlación	-.104*
	Sig. (bilateral)	.015
	<i>N</i>	555
Rho de Spearman Purpose in life Ryff	Coefficiente de correlación	-.072
	Sig. (bilateral)	.091
	<i>N</i>	552
Self acceptance Ryff	Coefficiente de correlación	.064
	Sig. (bilateral)	.132
	<i>N</i>	555
Satisfacción Vida Pasada	Coefficiente de correlación	.057
	Sig. (bilateral)	.178
	<i>N</i>	555
Satisfacción Vida Presente	Coefficiente de correlación	.040
	Sig. (bilateral)	.346
	<i>N</i>	557
Satisfacción Vida Futura	Coefficiente de correlación	.029
	Sig. (bilateral)	.500
	<i>N</i>	554

*Nota:* *N*=Tamaño muestral; Núm. Hijos = Número de Hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

En cambio, los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos para la Frecuencia de contacto con los hijos y que informan del grado de asociación con las variables psicológicas de Bienestar y Satisfacción vital, no muestran que exista una relación significativa con dichas variables. En otras palabras, la frecuencia de contacto con los hijos no se relaciona significativamente ni con el Bienestar ni con la Satisfacción Vital (ver Tabla 66). En síntesis, parece ser que a mayor número de hijos, menor es la percepción de Relaciones positivas con

los demás y también de un menor Crecimiento personal. Por el contrario, la frecuencia de contacto con los hijos no se asocia con mayor o menor Bienestar Psicológico o Satisfacción vital.

Tabla 66. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos con el Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Pearson).*

		Contacto hijos
Autonomía Ryff	Correlación de Pearson	.017
	Sig. (bilateral)	.686
	<i>N</i>	570
Environmental Mastery Ryff	Correlación de Pearson	.003
	Sig. (bilateral)	.936
	<i>N</i>	571
Personal Growth Ryff	Correlación de Pearson	.057
	Sig. (bilateral)	.172
	<i>N</i>	569
Positive relations Ryff	Correlación de Pearson	.081
	Sig. (bilateral)	.053
	<i>N</i>	570
Purpose in life Ryff	Correlación de Pearson	.028
	Sig. (bilateral)	.505
	<i>N</i>	567
Self acceptance Ryff	Correlación de Pearson	.078
	Sig. (bilateral)	.063
	<i>N</i>	571
Satisfacción Vida Pasada	Correlación de Pearson	.054
	Sig. (bilateral)	.199
	<i>N</i>	572
Satisfacción Vida Presente	Correlación de Pearson	.066
	Sig. (bilateral)	.113
	<i>N</i>	574
Satisfacción Vida Futura	Correlación de Pearson	-.021
	Sig. (bilateral)	.625
	<i>N</i>	568

*Nota:* *N*=Tamaño muestral; Contacto Hijos = Frecuencia de Contacto con los hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

**9.2.2.3. Salud: Salud percibida, Depresión y Autocuidado**

En esta parte se muestran los coeficientes de correlación no paramétricos (Spearman) que se han obtenido para la relación entre el Número de hijos y las variables dependientes que miden el componente de Salud: Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (ver resultado en la Tabla 67). En dicha Tabla se puede apreciar que el número de hijos se relaciona de forma positiva y significativa con el factor Autocuidado Interno ( $r_s=.112$ ;  $p < .05$ ); es decir, a mayor número de hijos mayor es la asunción de comportamientos que se relacionan con el autocuidado interno y que ayudan a mantener el equilibrio mental y emocional de la persona para así afrontar mejor su envejecimiento.

Tabla 67. Relaciones entre el Número de hijos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman).

		Núm. hijos
	Coeficiente de correlación	.034
Perceived Health	Sig. (bilateral)	.425
	<i>N</i>	560
	Coeficiente de correlación	-.014
Self Care-physical	Sig. (bilateral)	.736
	<i>N</i>	554
	Coeficiente de correlación	-.019
Rho Spearman	Sig. (bilateral)	.657
	<i>N</i>	553
	Coeficiente de correlación	.112**
Self Care-internal	Sig. (bilateral)	.008
	<i>N</i>	550
	Coeficiente de correlación	.056
Depresión	Sig. (bilateral)	.197
	<i>N</i>	542

Nota: *N*=Tamaño muestral; Núm. Hijos = Número de Hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercebida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

Por otro lado, la Frecuencia de contacto con los hijos y su relación con las variables dependientes analizadas en este apartado indican que los coeficientes de correlación de Pearson informan de asociaciones positivas significativas con los factores de Autocuidado Social ( $r_{xy} = .095$ ;  $p < .05$ ) y Autocuidado Interno ( $r_{xy} = .098$ ;  $p < .05$ ), aunque dicha asociación es pequeña (ver Tabla 68). Podemos decir que a medida que aumenta la frecuencia

de contacto con los hijos, aumentan los comportamientos de autocuidado que guardan relación con la esfera social y con el equilibrio mental y emocional, por lo que a mayor contacto con los hijos, mayor es la promoción de conductas de autocuidado que realiza la persona para mantener así una buena salud mental y social y relaciones sociales satisfactorias.

Tabla 68. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson).*

		Contacto hijos
Perceived Health	Correlación de Pearson	.028
	Sig. (bilateral)	.504
	<i>N</i>	577
Self Care-physical	Correlación de Pearson	.047
	Sig. (bilateral)	.267
	<i>N</i>	571
Self Care-social	Correlación de Pearson	.095*
	Sig. (bilateral)	.023
	<i>N</i>	569
Self Care-internal	Correlación de Pearson	.098*
	Sig. (bilateral)	.020
	<i>N</i>	567
Depresión	Correlación de Pearson	.007
	Sig. (bilateral)	.869
	<i>N</i>	559

*Nota:* *N*=Tamaño muestral; Contacto Hijos = Frecuencia de Contacto con los hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercebida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

Como conclusión podemos decir que a mayor número de hijos, mayor es la asunción de comportamientos relacionados con el Autocuidado interno. Por otra parte, una mayor frecuencia de contacto con hijos también se relaciona con la implementación en la vida diaria de más conductas para el Autocuidado social e interno. Por el contrario, no se han hallado asociaciones significativas entre el número y la frecuencia de contacto con hijos para la Salud Percibida ni para Depresión.

#### 9.2.2.4. Soledad y Aislamiento Social

Finalmente, en la Tabla 69, se analizan las relaciones entre las variables Soledad y Aislamiento social con el Número de hijos. Los coeficientes de correlación no paramétricos señalan que no existen relaciones significativas para dichas variables. En otras palabras, el número o cantidad de hijos que se tienen no se asocia con los sentimientos ni con la percepción de una mayor o menor soledad.

Tabla 69. Relaciones entre el Número de hijos con Soledad y Aislamiento Social (Spearman).

			Núm. hijos
Rho de Spearman	Soledad Social- DJGLS	Coeficiente de correlación	-.049
		Sig. (bilateral)	.251
		<i>N</i>	559
	Soledad Emocional- DJGLS	Coeficiente de correlación	.028
		Sig. (bilateral)	.504
		<i>N</i>	552
	Aislamiento-UCLA 3	Coeficiente de correlación	-.013
		Sig. (bilateral)	.766
		<i>N</i>	556
	Rasgo Soledad- UCLA 3	Coeficiente de correlación	.016
		Sig. (bilateral)	.709
		<i>N</i>	556
Conexión social- UCLA 3	Coeficiente de correlación	.019	
	Sig. (bilateral)	.659	
	<i>N</i>	558	

Nota: *N*=Tamaño muestral; Núm. Hijos = Número de Hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Pero en cambio, cuando se analiza la Frecuencia de contacto con los hijos y su relación con las variables Soledad y Aislamiento Social, se observa (ver Tabla 70) que existe una asociación significativa y de corte negativo entre la frecuencia de contacto y el factor Soledad Social de DJGLS ( $r_{xy} = -.137$ ;  $p < 0.01$ ). Este factor mide la soledad social producida por el deseo de contar con alguien en caso de necesidad. En este caso, podríamos decir que cuanto mayor es la frecuencia de contacto con los hijos, menor es la Soledad social percibida, es decir, que el hecho de tener más contacto con los hijos disminuye la soledad social producida por no contar con alguien en caso de necesidad, en otras palabras, la sensación de desamparo.

Tabla 70. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los hijos y Soledad y Aislamiento Social (Pearson).*

		Contacto hijos
	Correlación de Pearson	-.137**
Soledad Social- DJGLS	Sig. (bilateral)	.001
	N	577
	Correlación de Pearson	-.058
Soledad Emocional- DJGLS	Sig. (bilateral)	.166
	N	570
	Correlación de Pearson	-.061
Aislamiento-UCLA 3	Sig. (bilateral)	.148
	N	571
	Correlación de Pearson	-.051
Rasgo Soledad- UCLA 3	Sig. (bilateral)	.225
	N	572
	Correlación de Pearson	-.075
Conexión social- UCLA 3	Sig. (bilateral)	.071
	N	574

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Hijos = Frecuencia de Contacto con los hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En resumen, el número de hijos no se asocia con la Soledad, aunque si lo hace la Frecuencia de contacto con los hijos en caso de tenerlos, pues se ha observado que un mayor contacto se relaciona con una menor percepción subjetiva de soledad social, entendida ésta como el sentimiento de soledad producido con el deseo de contar con personas en caso de necesitarlas y no tenerlas.

#### ***9.2.2.5. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones de Número de hijos y Frecuencia de contacto con hijos y las variables dependientes***

Para recopilar todos los resultados que se han hallado mediante los análisis de correlación efectuados, se resume gráficamente a continuación en formato de Tabla (ver Tabla 71).

Tabla 71. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones de Número de hijos y Frecuencia de contacto con hijos con las variables dependientes.

Variable Independiente	Variabes Dependientes	Correlaciones con Número de Hijos	Correlaciones con Frecuencia de contacto	Relaciones con Número y Frecuencia Contacto
<b>Hijos</b>	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Apoyo Social afectivo</b> ( $r_s=.093$ ; $p < .05$ )	<b>Red Social</b> ( $r_{xy} = .169$ ; $p < 0.01$ )	A > Número de hijos > Apoyo social afectivo  A > Frecuencia de contacto con los hijos > Red social
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Crecimiento Personal</b> ( $r_s= -.086$ ; $p < .05$ ) <b>Relaciones positivas con los demás</b> ( $r_s= -.104$ ; $p < .05$ )	No	A > Número de hijos  < Crecimiento Personal < Relaciones positivas con los demás
	<b>Salud</b>	<b>Autocuidado Interno</b> ( $r_s=.112$ ; $p < .05$ )	<b>Autocuidado Social</b> ( $r_{xy} = .095$ ; $p < .05$ ) <b>Autocuidado Interno</b> ( $r_{xy} = .098$ ; $p < .05$ )	A > Número de hijos > Autocuidado Interno  A > Frecuencia de contacto con los hijos > Autocuidado Interno y Social
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	No	<b>Soledad Social de DJGLS</b> ( $r_{xy} = -.137$ ; $p < 0.01$ )	A > Frecuencia de contacto con hijos < Soledad social

Nota:  $r_s$  = resultado de la correlación de Spearman;  $r_{xy}$ =resultado correlación Pearson;  $p$  = significación,  $p < 0.05$  o  $.01$ ;  $>$  =mayor;  $<$  =menor;  $\neq$  diferencia

### 9.2.3. Correlaciones entre el Número y Frecuencia de contacto con nietos

El siguiente aspecto trata sobre las relaciones que las personas mayores tienen con los nietos. Y para ello, se comentarán los resultados hallados en los análisis correlacionales y cuyo objetivo fue explorar las relaciones entre las variables dependientes consideradas y el número y frecuencia de contacto con los nietos.

#### 9.2.3.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social

En primer lugar, para conocer si el Número de nietos se relaciona significativamente con la Red social y el Apoyo social funcional, los análisis de correlación mostrados en la Tabla 72, han mostrado que esta variable independiente, se asocia de forma positiva y significativa con el factor Apoyo social afectivo ( $r_s=.121$ ;  $p<.05$ ), aunque la asociación que se observa es pequeña. Por lo tanto, el hecho de tener nietos aumenta la percepción de un mayor apoyo social afectivo, es decir, de mayores demostraciones de amor, cariño y empatía ligeramente.

Tabla 72. Relaciones entre el Número de nietos con Red social y Apoyo social funcional (Spearman).

		Red social y estructural- Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke	
Rho de Spearman	Núm. nietos	Coefficiente de correlación	.075	.010	.121*
		Sig. (bilateral)	.157	.855	.022
		<i>N</i>	356	357	357

Nota: *N*=Tamaño muestral; Núm. Nietos = Número de Nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En segundo lugar, los análisis correlacionales calculados para la Frecuencia de contacto con los nietos, informan de relaciones estadísticamente significativas con la Red social ( $r_{xy}=.115$ ;  $p < .05$ ). Es decir, un mayor contacto con los nietos se asocia con una mayor percepción de que se tiene mayor red social, en otras palabras, de que se tiene soporte social de la familia, amigos y/o vecinos, es decir, de un menor grado de aislamiento social (ver Tabla 73).

Tabla 73. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos y Red social y Apoyo social funcional (Pearson).*

		Red social y estructural- Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
Contacto nietos	Correlación de Pearson	.115*	.013	-.028
	Sig. (bilateral)	.029	.807	.592
	N	359	360	360

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Nietos = Frecuencia de Contacto con los hijos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En resumen, el Número de nietos se asocia con la percepción de un mayor apoyo social afectivo. En cambio, una mayor Frecuencia de contacto se relaciona con la percepción de un mayor tamaño de Red social.

### ***9.2.3.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

En la Tabla 74, se muestran los coeficientes de correlación (Spearman) obtenidos para las relaciones entre el Número de nietos y las variables dependientes: Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital. Estos coeficientes señalan relaciones estadísticamente significativas para el factor Propósito en la vida del Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff ( $r_s = -.139$ ;  $p < .01$ ), aunque estas relaciones son en sentido negativo. Esto puede significar que a mayor número de nietos menor es la puntuación que se obtiene en esta dimensión de Bienestar Psicológico.

En cambio, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, en esta ocasión positivas, que relacionan el número de nietos con la dimensión de la Satisfacción con la Vida Futura ( $r_s = -.145$ ;  $p < .01$ ). Se puede por tanto deducir que un mayor número de nietos aumenta la Satisfacción vital, en especial la satisfacción vital que se espera en el futuro. Puede ser que las expectativas que se puedan tener sobre los nietos, tales como el verlos crecer, desarrollarse y madurar para hacerse adultos sea un hecho que les produzca la sensación de satisfacción en un futuro y aumente su esperanza y optimismo hacia el futuro.

Tabla 74. Relaciones entre Número de nietos y Red Social y Apoyo Social Funcional (Spearman).

			Núm. nietos
		Coefficiente de correlación	.046
	Autonomía Ryff	Sig. (bilateral)	.393
		<i>N</i>	354
		Coefficiente de correlación	.014
	Environmental Mastery Ryff	Sig. (bilateral)	.794
		<i>N</i>	354
		Coefficiente de correlación	-.012
	Personal Growth Ryff	Sig. (bilateral)	.823
		<i>N</i>	353
		Coefficiente de correlación	-.092
	Positive relations Ryff	Sig. (bilateral)	.084
		<i>N</i>	354
		Coefficiente de correlación	-.139**
Rho de Spearman	Purpose in life Ryff	Sig. (bilateral)	.009
		<i>N</i>	353
		Coefficiente de correlación	.045
	Self acceptance Ryff	Sig. (bilateral)	.403
		<i>N</i>	354
		Coefficiente de correlación	.067
	Satisfacción Vida Pasada	Sig. (bilateral)	.204
		<i>N</i>	357
		Coefficiente de correlación	.049
	Satisfacción Vida Presente	Sig. (bilateral)	.352
		<i>N</i>	357
		Coefficiente de correlación	.145**
	Satisfacción Vida Futura	Sig. (bilateral)	.006
		<i>N</i>	355

Nota: *N*=Tamaño muestral; Núm. Nietos = Número de Nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

Por otro lado, los análisis correlacionales realizado para la Frecuencia de contacto con los nietos y su asociación con las variables de Bienestar Psicológico y Satisfacción vital (ver Tabla 75), muestran correlaciones significativas con la dimensión Autoaceptación del Bienestar psicológico ( $r_{xy} = .155$ ;  $p < .01$ ), siendo estas relaciones de corte positivo. Este factor implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida y es uno de los factores que más determinan el bienestar. Tener más contacto con los nietos, aumenta el bienestar en esta dimensión, favorece el optimismo y la estima hacia uno mismo y repercute en un mayor Bienestar.

Además, también se encontraron correlaciones positivas significativas con las dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Pasada ( $r_{xy} = .193$ ;  $p < .01$ ) y Presente ( $r_{xy} = .157$ ;  $p < .01$ ). Un mayor contacto con los nietos favorece y aumenta el grado de Satisfacción que se percibe, tanto por las experiencias pasadas vividas como por las experiencias presentes. El contacto con los nietos nos hace sentir más satisfechos, optimistas y menos críticos con nosotros mismos, característica central de la autorrealización, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad.

A modo de síntesis, podemos observar que el Número de nietos se relaciona negativamente con el factor Propósito de vida del Bienestar psicológico, de manera que un mayor número de nietos se asocia con una menor puntuación en este factor, dimensión que se relaciona con la necesidad de marcarse objetivos y metas a largo plazo, por lo que a mayor número de nietos menor es el propósito en la vida. Además, también se relaciona con la Satisfacción con la vida futura, de forma que un mayor número de nietos, mayor es la satisfacción con la vida en el futuro. Cuando se analiza la variable Frecuencia de contacto con los nietos, se encuentra que está asociada con la Autoaceptación y con la Satisfacción vital pasada y presente. Es decir, una mayor frecuencia de contacto se asocia con una mayor estima y aceptación de uno mismo, y también con una mayor satisfacción por las experiencias vitales pasadas y también las actuales.

Tabla 75. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos y Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida (Pearson).

		Contacto nietos
Autonomía Ryff	Correlación de Pearson	.033
	Sig. (bilateral)	.536
	N	357
Environmental Mastery Ryff	Correlación de Pearson	-.034
	Sig. (bilateral)	.528
	N	357
Personal Growth Ryff	Correlación de Pearson	.063
	Sig. (bilateral)	.234
	N	356
Positive relations Ryff	Correlación de Pearson	.062
	Sig. (bilateral)	.243
	N	356
Purpose in life Ryff	Correlación de Pearson	-.004
	Sig. (bilateral)	.946
	N	355
Self acceptance Ryff	Correlación de Pearson	.155**
	Sig. (bilateral)	.003
	N	357
Satisfacción Vida Pasada	Correlación de Pearson	.193**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	360
Satisfacción Vida Presente	Correlación de Pearson	.157**
	Sig. (bilateral)	.003
	N	360
Satisfacción Vida Futura	Correlación de Pearson	.103
	Sig. (bilateral)	.051
	N	356

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Nietos = Frecuencia de Contacto con los Nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

### 9.2.3.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado

Para conocer si el Número de nietos se relaciona con el grupo de variables dependientes que evalúan la Salud: Salud Percibida, Autocuidado y Depresión, se realizaron análisis correlacionales no paramétricos que se presentan en la Tabla 76. Tal y como se observa, el número de nietos se relaciona significativamente con la dimensión Autocuidado Interno ( $r_s=-$

.157;  $p < .01$ ). Estas relaciones son positivas, por lo que cuanto mayor es el número de nietos, más conductas de mantenimiento de la salud mental y emocional se tienen.

Tabla 76. Relaciones entre el Número de nietos y la Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman).

			Núm. nietos
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	.069
	Perceived Health	Sig. (bilateral)	.192
		<i>N</i>	360
		Coefficiente de correlación	.004
	Self Care-physical	Sig. (bilateral)	.942
		<i>N</i>	353
		Coefficiente de correlación	.036
	Self Care-social	Sig. (bilateral)	.505
		<i>N</i>	353
		Coefficiente de correlación	.157**
	Self Care-internal	Sig. (bilateral)	.003
		<i>N</i>	351
Coefficiente de correlación		.002	
Depresión	Sig. (bilateral)	.969	
	<i>N</i>	347	

Nota: *N*=Tamaño muestral; Núm. Nietos = Número de Nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercebida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

Los coeficientes de correlación para la variable Frecuencia de contacto con nietos y su asociación con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión, informan de correlaciones positivas con las dimensiones de Autocuidado Social ( $r_{xy} = .126$ ;  $p < .05$ ) y especialmente con Autocuidado Interno ( $r_{xy} = .207$ ;  $p < .01$ ) donde las relaciones son importantes. Así, una mayor frecuencia de contacto con los nietos, aumenta la asunción de comportamientos de autocuidado interno que, ante todo o implican el mantenimiento del equilibrio mental y emocional de la persona para así tener un funcionamiento óptimo. También aumentan los comportamientos dirigidos a mejorar las relaciones sociales. Por lo tanto, el contacto con los nietos se asocia con el Autocuidado y con comportamientos que permiten equilibrar la mente y conductas para mantener la dimensión social del Autocuidado (ver Tabla 77).

Tabla 77. Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los nietos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson).

		Contacto nietos
Perceived Health	Correlación de Pearson	.022
	Sig. (bilateral)	.670
	<i>N</i>	363
Self Care-physical	Correlación de Pearson	.053
	Sig. (bilateral)	.319
	<i>N</i>	356
Self Care-social	Correlación de Pearson	.126*
	Sig. (bilateral)	.018
	<i>N</i>	355
Self Care-internal	Correlación de Pearson	.207**
	Sig. (bilateral)	.000
	<i>N</i>	354
Depresión	Correlación de Pearson	.002
	Sig. (bilateral)	.976
	<i>N</i>	347

*Nota:* *N*=Tamaño muestral; Contacto Nietos = Frecuencia de Contacto con los nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

Tanto el Número de nietos como la frecuencia de contacto con los mismos se asocian, fundamentalmente, con más comportamientos relacionados con el autocuidado. En concreto, el número o cantidad de nietos se relaciona con el Autocuidado interno, esto es, con comportamientos para mantener la salud mental y emocional. La Frecuencia de contacto, a su vez, se relaciona con el Autocuidado interno y también con el Autocuidado social y con conductas de mantenimiento y establecimiento de relaciones sociales.

**9.2.3.4. Soledad y Aislamiento Social**

Finalmente, tal y como se observa en las Tablas 78 y 79 no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables dependientes Soledad y Aislamiento social, ni en la variable Número de nietos, ni Frecuencia de contacto con los nietos. Esto no quiere decir que no haya relación, simplemente que en esta muestra estas relaciones no se ha observado. Es por ello que podemos concluir que ni el número de nietos ni la frecuencia de contacto se relacionan con los sentimientos de Soledad y la percepción de Aislamiento social.

Tabla 78. *Relaciones entre el Número de nietos con Soledad y Aislamiento Social (Spearman).*

			Núm. nietos
Rho de Spearman	Soledad Social- DJGLS	Coefficiente de correlación	-.019
		Sig. (bilateral)	.723
		N	358
	Soledad Emocional- DJGLS	Coefficiente de correlación	.005
		Sig. (bilateral)	.928
		N	355
	Aislamiento-UCLA 3	Coefficiente de correlación	-.067
		Sig. (bilateral)	.206
		N	356
	Rasgo Soledad-UCLA 3	Coefficiente de correlación	-.070
		Sig. (bilateral)	.187
		N	356
	Conexión social-UCLA 3	Coefficiente de correlación	.000
		Sig. (bilateral)	.994
		N	356

Nota: N=Tamaño muestral; Núm. Nietos = Número de Nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 79. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto nietos con Soledad y Aislamiento Social (Pearson).*

			Contacto nietos
Soledad Social- DJGLS		Correlación de Pearson	-.081
		Sig. (bilateral)	.124
		N	362
Soledad Emocional- DJGLS		Correlación de Pearson	.034
		Sig. (bilateral)	.515
		N	359
Aislamiento-UCLA 3		Correlación de Pearson	-.065
		Sig. (bilateral)	.221
		N	358
Rasgo Soledad-UCLA 3		Correlación de Pearson	-.038
		Sig. (bilateral)	.468
		N	359
Conexión social-UCLA 3		Correlación de Pearson	-.091
		Sig. (bilateral)	.086
		N	359

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Nietos = Frecuencia de Contacto con los nietos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

***9.2.3.5. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones de Número de nietos y Frecuencia de contacto con nietos y las variables dependientes***

Para recopilar todos los resultados de los análisis de correlación efectuados para explorar las posibles relaciones entre el Número de nietos y la Frecuencia de contacto con los mismos con los cuatro grupos de variables dependientes que se han analizado en este estudio: Recursos Sociales, Bienestar/Satisfacción, Salud y Soledad/Aislamiento, a continuación se resumen los resultados en la tabla que se presenta a continuación (ver Tabla 80).

Tabla 80. Resumen de los resultados de las correlaciones entre Número de nietos y Frecuencia de contacto con los nietos y las variables dependientes.

Variable Independiente	Variables Dependientes	Correlaciones con Número de Hijos	Correlaciones con Frecuencia de contacto	Relaciones con Número y Frecuencia Contacto
<b>Nietos</b>	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Apoyo social afectivo</b> ( $r_s=.121$ ; $p < .05$ )	<b>Red Social</b> ( $r_{xy} = .115$ ; $p < .05$ )	A > Número de nietos > Apoyo social afectivo  Una > Frecuencia de contacto con los nietos > Red Social
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Propósito en la vida</b> ( $r_s=-.139$ ; $p < .01$ )  <b>Satisfacción Vital Futura</b> ( $r_s=.145$ ; $p < .01$ )	<b>Autoaceptación</b> ( $r_{xy} = .155$ ; $p < .01$ )  <b>Satisfacción Vital Pasada</b> ( $r_{xy}=.193$ ; $p < .01$ ) <b>Satisfacción Vital Presente</b> ( $r_{xy}=.157$ ; $p < .01$ )	A > Número de nietos: < Propósito con la vida > Satisfacción vital futura  A > Frecuencia de contacto con nietos: > Autoaceptación > Satisfacción con la vida Pasada y Presente
	<b>Salud</b>	<b>Autocuidado Interno</b> ( $r_s=.157$ ; $p < .01$ )	<b>Autocuidado Social</b> ( $r_s= .126$ ; $p < .05$ )  <b>Autocuidado Interno</b> ( $r_s= .207$ ; $p < .01$ )	A > Número de nietos > Autocuidado Interno  A > Frecuencia de contacto con nietos > Autocuidado Social e Interno
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	No	No	

Nota:  $r_s$  = resultado de la correlación de Spearman;  $r_{xy}$ =resultado correlación Pearson;  $p$  = significación,  $p < 0.05$  o  $.01$ ; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencia.

#### 9.2.4. Correlaciones entre Número y Frecuencia de contacto con los padres

En este apartado del capítulo de Resultados se explicarán los resultados obtenidos para los análisis correlacionales realizados con el fin de explorar las relaciones entre las cuatro grupos de variables dependientes consideradas en esta investigación y relacionadas con el envejecimiento activo y saludable, con el Número y Frecuencia de contacto con los padres, para así obtener un mayor conocimiento sobre su influencia en el envejecimiento con éxito.

##### 9.2.4.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social

En primer lugar, se procederá a explorar las relaciones por una parte, entre el Número de padres vivos y el grupo de variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales, y, por otra parte, explorar las relaciones entre la Frecuencia de contacto con los padres y la percepción de Recursos Sociales.

Los coeficientes de correlación (Spearman) no informan de relaciones estadísticamente significativas entre el Número de padres vivos y las variables dependientes Red social y Apoyo social funcional, por lo que estas variables no se relacionan en esta muestra de personas mayores (ver Tabla 81).

Tabla 81. *Relaciones entre el Número de padres vivos con Red social y Apoyo social funcional (Spearman).*

			Red social y estructural- Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo- Duke
Rho de Spearman	Padres vivos	Coeficiente de correlación	.079	-.042	-.111
		Sig. (bilateral)	.180	.480	.059
		N	292	292	292

Nota: N=Tamaño muestral; Padres vivos= Número de Padres que viven; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Respecto a la Frecuencia de contacto con los padres, los análisis de correlación muestran relaciones significativas negativas con el factor Apoyo social afectivo ( $r_{xy}=-.132$ ;  $p < .05$ ), aunque estas relaciones son pequeñas (ver Tabla 82). Se podría deducir que a mayor contacto con los padres que todavía viven, menor es la sensación de percepción de Apoyo social afectivo y se disminuye la percepción de demostraciones de cariño, empatía y amor. Es

interesante remarcar que las relaciones entre ambas variables son negativas y no positivas como en el caso del contacto con nietos e hijos.

Tabla 82. *Relaciones entre la Frecuencia de contacto con los padres y Red Social y Apoyo Social Funcional (Pearson).*

		Red social y estructural- Lubben	Apoyo social confidencial-Duke	Apoyo social afectivo-Duke
Contacto padres	Correlación de Pearson	.116	-.112	-.132*
	Sig. (bilateral)	.067	.074	.035
	N	251	255	256

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Padres = Frecuencia de Contacto con los padres; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

En resumen, el número de padres vivos no se relaciona con una mayor o menor percepción de Recursos Sociales y por consiguiente de red social y de apoyo social. Aunque la frecuencia de contacto con los padres sí que se asocia negativamente con el apoyo social afectivo, es decir, una mayor frecuencia de contacto se asocia con una sensación de menor apoyo social afectivo.

#### **9.2.4.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida**

Los análisis de correlación realizados han señalado que ni el Número de padres vivos ni la Frecuencia de contacto con los mismos, se relacionaba significativamente con las variables dependientes, Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida, aunque en general la tendencia de las correlaciones sea negativa en la mayoría de las variables y especialmente con Satisfacción con la vida (ver Tablas 83 y 84).

Tabla 83. Relaciones entre el Número de padres vivos con Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Spearman).

		Padres vivos	
		Coefficiente de correlación	-.082
	Autonomía Ryff	Sig. (bilateral)	.163
		<i>N</i>	289
		Coefficiente de correlación	-.021
	Environmental Mastery Ryff	Sig. (bilateral)	.723
		<i>N</i>	289
		Coefficiente de correlación	.004
	Personal Growth Ryff	Sig. (bilateral)	.940
		<i>N</i>	288
		Coefficiente de correlación	.109
	Positive relations Ryff	Sig. (bilateral)	.065
		<i>N</i>	289
		Coefficiente de correlación	.056
Rho de Spearman	Purpose in life Ryff	Sig. (bilateral)	.342
		<i>N</i>	288
		Coefficiente de correlación	.013
	Self acceptance Ryff	Sig. (bilateral)	.820
		<i>N</i>	289
		Coefficiente de correlación	-.027
	Satisfacción Vida Pasada	Sig. (bilateral)	.641
		<i>N</i>	291
		Coefficiente de correlación	-.038
	Satisfacción Vida Presente	Sig. (bilateral)	.512
		<i>N</i>	292
		Coefficiente de correlación	-.012
	Satisfacción Vida Futura	Sig. (bilateral)	.841
		<i>N</i>	289

Nota: *N*=Tamaño muestral; Padres vivos = Número de Padres Vivos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

Tabla 84. *Relaciones entre la Frecuencia de padres vivos con Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital (Pearson).*

		Contacto padres
Autonomía Ryff	Correlación de Pearson	.006
	Sig. (bilateral)	.929
	N	253
Environmental Mastery Ryff	Correlación de Pearson	-.081
	Sig. (bilateral)	.199
	N	253
Personal Growth Ryff	Correlación de Pearson	.079
	Sig. (bilateral)	.209
	N	253
Positive relations Ryff	Correlación de Pearson	.072
	Sig. (bilateral)	.255
	N	253
Purpose in life Ryff	Correlación de Pearson	.083
	Sig. (bilateral)	.189
	N	251
Self acceptance Ryff	Correlación de Pearson	.038
	Sig. (bilateral)	.549
	N	252
Satisfacción Vida Pasada	Correlación de Pearson	.016
	Sig. (bilateral)	.799
	N	254
Satisfacción Vida Presente	Correlación de Pearson	-.108
	Sig. (bilateral)	.087
	N	254
Satisfacción Vida Futura	Correlación de Pearson	-.118
	Sig. (bilateral)	.061
	N	252

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Padres = Frecuencia de Contacto con los Padres que viven; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Autonomía Ryff = Autonomía; Environmental Mastery Ryff = Dominio del Entorno; Personal Growth Ryff = Crecimiento Personal; Positive relations Ryff = Relaciones Positivas con los demás; Purpose in life Ryff = Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = Autoaceptación.

#### 9.2.4.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado

No se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre el Número de padres vivos y las variables Salud, Autocuidado y Depresión (ver Tabla 85). Sólo se ha hallado una relación significativa con la frecuencia de contacto con los padres en este grupo de variables dependientes que evalúan la Salud, aunque son de pequeño tamaño. Tal y como se observa en la Tabla 86 la Frecuencia de contacto con los padres se asocia negativamente con Depresión ( $r_{xy} = .148$ ;  $p < .05$ ). En este sentido se podría decir que a mayor contacto con los padres mayor sintomatología depresiva, quizás por la carga que supone el cuidado a los padres muy ancianos y las percepciones y sentimientos que ello conlleva.

Tabla 85. Relaciones entre el Número de padres vivos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Spearman).

		Padres vivos	
Rho de Spearman	Perceived Health	Coefficiente de correlación	.093
		Sig. (bilateral)	.112
		N	294
	Self Care-physical	Coefficiente de correlación	-.020
		Sig. (bilateral)	.731
		N	290
	Self Care-social	Coefficiente de correlación	-.086
		Sig. (bilateral)	.146
		N	289
	Self Care-internal	Coefficiente de correlación	.013
		Sig. (bilateral)	.827
		N	288
	Depresión	Coefficiente de correlación	.030
		Sig. (bilateral)	.616
		N	285

Nota: N=Tamaño muestral; Núm. Padres Vivos = Número de Padres Vivos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercebida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

Tabla 86. Relaciones entre la Frecuencia de padres vivos con Salud Percibida, Autocuidado y Depresión (Pearson).

		Contacto padres
Perceived Health	Correlación de Pearson	-.003
	Sig. (bilateral)	.967
	N	256
Self Care-physical	Correlación de Pearson	-.026
	Sig. (bilateral)	.677
	N	251
Self Care-social	Correlación de Pearson	-.029
	Sig. (bilateral)	.648
	N	251
Self Care-internal	Correlación de Pearson	.031
	Sig. (bilateral)	.629
	N	251
Depresión	Correlación de Pearson	.148*
	Sig. (bilateral)	.020
	N	248

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Padres = Frecuencia de Contacto con los padres que viven; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); Perceived Health = Salud Autopercebida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self-Care-Internal = Autocuidado Interno.

#### 9.2.4.4. Soledad y Aislamiento Social

Los análisis correlacionales realizados tanto para el Número de padres vivos como para la Frecuencia de contacto y las variables dependientes que hacen referencia a la Soledad y el Aislamiento Social, no reflejan relaciones significativas (ver Tablas 87 y 88), aunque se puede apreciar que el signo de estas relaciones es negativo para la relación con el número de padres vivos y en cambio, la relación es positiva para la variable frecuencia de contacto con padres, lo cual podría indicar que a mayor contacto mayores sentimientos de soledad y de nuevo se podría relacionar con el malestar y la carga que implica el cuidado.

Tabla 87. *Relaciones entre el número de padres vivos y Soledad y Aislamiento Social (Spearman).*

		Padres vivos	
Rho de Spearman	Soledad Social- DJGLS	Coefficiente de correlación	-.018
		Sig. (bilateral)	.762
		N	292
	Soledad Emocional- DJGLS	Coefficiente de correlación	-.055
		Sig. (bilateral)	.348
		N	290
	Aislamiento-UCLA 3	Coefficiente de correlación	-.026
		Sig. (bilateral)	.662
		N	290
	Rasgo Soledad-UCLA 3	Coefficiente de correlación	-.044
		Sig. (bilateral)	.455
		N	290
Conexión social-UCLA 3	Coefficiente de correlación	-.015	
	Sig. (bilateral)	.804	
	N	292	

Nota: N=Tamaño muestral; Núm. Padres Vivos = Número de Padres Vivos; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 88. *Relaciones entre la frecuencia de contacto con los padres y Soledad y Aislamiento Social (Pearson).*

		Contacto padres
	Correlación de Pearson	.023
Soledad Social- DJGLS	Sig. (bilateral)	.720
	N	256
	Correlación de Pearson	.061
Soledad Emocional- DJGLS	Sig. (bilateral)	.332
	N	252
	Correlación de Pearson	.042
Aislamiento-UCLA 3	Sig. (bilateral)	.503
	N	253
	Correlación de Pearson	.074
Rasgo Soledad-UCLA 3	Sig. (bilateral)	.240
	N	253
	Correlación de Pearson	.024
Conexión social-UCLA 3	Sig. (bilateral)	.704
	N	254

Nota: N=Tamaño muestral; Contacto Padres = Frecuencia de Contacto con los padres que viven; Sig.= Significación; \*\* = La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral); \* =La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

#### ***9.2.4..5. Resumen de los resultados obtenidos en las correlaciones entre Número y Frecuencia de contacto con los padres y las variables dependientes***

A continuación se presentan en la Tabla 89 los hallazgos obtenidos en las correlaciones efectuadas, con la intención de averiguar las posibles relaciones entre el Número de padres y la Frecuencia de contacto en los grupos de variables dependientes que componen el envejecimiento exitoso. En general, los resultados obtenidos nos orientan a concluir que la frecuencia de contacto con los padres vivos y que posiblemente sean ya muy mayores con necesidades de cuidado y muy frágiles, afecta negativamente a la sensación de Bienestar y Satisfacción vital.

Tabla 89. Resumen de los resultados obtenidos entre la correlaciones entre el Número de padres vivos y la Frecuencia de contacto con los padres y las variables dependientes.

Variable Independiente	Variables Dependientes	Correlaciones con Número de Padres Vivos	Correlaciones con Frecuencia de contacto con Padres Vivos	Relaciones con Número y Frecuencia Contacto
<b>Padres Vivos</b>	<b>Recursos Sociales</b>	No	<b>Apoyo social afectivo</b> ( $r_{xy} = -.132; p < .05$ )	A > Número de Padres Vivos < percepción de Apoyo social afectivo
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	No	No	
	<b>Salud</b>	No	<b>Depresión</b> ( $r_{xy} = .148; p < .05$ )	A > Frecuencia de contacto con los Padres Vivos > sintomatología depresiva
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	No	No	

Nota:  $r_s$  = resultado de la correlación de Spearman;  $r_{xy}$  = resultado correlación Pearson; p = significación,  $p < 0.05$  o  $.01$ ; > = mayor; < = menor; ≠ = diferencia.

### **9.3. Análisis diferencial de las variables en función de las situaciones de cuidado**

Se han contemplado dos situaciones de cuidado, por una parte el Cuidado a familiares dependientes (el cual hemos etiquetado como “Cuidador Informal”) y por otra parte, el Cuidado a Nietos. Ambas variables independientes forman parte de los ítems seleccionados para evaluar la participación social y que hemos incluido en el Cuestionario administrado a los participantes, aunque para la elaboración de este estudio no hemos incluido el análisis de la variable “Participación Social”. En concreto el ítem 2 hace referencia al Cuidado de familiares dependientes y el ítem 3 hace referencia al Cuidado de Nietos (ver Anexo), y evalúan la frecuencia de realización de dichas actividades, en una escala tipo Likert con 5 anclajes: “Nunca”, “Algunas veces por año”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”.

En general, el cuidado informal es una experiencia compleja que conlleva tanto aspectos positivos como negativos en los cuidadores mayores. Saber más sobre los aspectos positivos del cuidado en el envejecimiento permitiría obtener un conocimiento más profundo tanto de la experiencia de los cuidadores informales como de su influencia en el envejecimiento con éxito. En este sentido, hay quien plantea que entre cuidadores muy sobrecargados, la atribución de aspectos positivos a la tarea podría moderar su sobrecarga y dar lugar a una experiencia globalmente positiva, o menos negativa, de la situación de provisión de cuidados (Liew et al., 2010), o incluso que encontrarle aspectos positivos al rol de cuidador podría ayudar a prevenir la aparición de consecuencias negativas (Robertson, Zarit, Duncan, Rovine, & Femia, 2007).

La variable que evalúa el Cuidado a familiares dependientes (ítem 2 del Cuestionario de Participación Social etiquetado como Cuidado Informal para realizar los análisis), abarca todas aquellas situaciones de cuidado que hacen referencia a las interacciones entre un miembro de la familia (generalmente son familiares los proveedores principales de apoyo) que ayuda a otro de una manera regular a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida independiente. Estas actividades incluyen las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria como son el transporte, la cocina, las compras, la realización de los trabajos de casa, el manejo de dinero, etc.; así como las actividades personales como son el baño, el vestido, la higiene en general, etc. (Yanguas, Leturia, & Leturia, 2000).

Por otra parte, en la variable Cuidado de Nietos (ítem 3) hemos considerado aquellas situaciones de cuidado que efectúan los abuelos cuidadores relacionadas con asumir los cuidados principales de nietos y que se produce tanto por elección de la propia familia, como por una serie de sucesos no previstos que las provocan.

El principal objetivo de esta distinción es analizar si las diferentes situaciones de cuidado (familiares dependientes o nietos) contempladas en este estudio, influyen de manera diferencial en las puntuaciones de las variables dependientes consideradas en esta investigación y que se relacionan con el envejecimiento activo, saludable y con éxito, es decir: Recursos sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad o Aislamiento social. En otras palabras, si existen diferencias significativas en las variables dependientes en función de las distintas situaciones de cuidado, o bien, si existen perfiles de cuidadores y cuidadoras mayores según enfoquen el cuidado a familiares dependientes y otro distinto de cuidadores y cuidadoras de nietos. Pese a su dificultad, parece esencial considerar las particularidades de los distintos subgrupos de cuidadores en lugar de pensar en ellos como un grupo homogéneo pues las características quizás no son iguales. Ni todos los cuidadores son iguales, ni todos los cuidadores varones son similares, ni todas las cuidadoras mujeres son un grupo homogéneo. En el ámbito global de los cuidadores cada vez se presta más atención a la diversidad, y así por ejemplo se consideran muy relevantes las diferencias socioculturales a la hora de explicar las diferencias existentes entre cuidadores y no cuidadores. No parece adecuado considerar únicamente la variable género para explicar las diferencias entre los varones y las mujeres que cuidan a sus mayores sino otra serie de características que podrían estar influyendo o variables moduladoras.

### **9.3.1. Análisis descriptivo de las variables Cuidado a familiares dependientes y Cuidado de nietos**

Como ya hemos hecho previamente con las anteriores variables independientes, empezaremos este apartado con la exposición de los análisis descriptivos realizados para resumir datos y explorar así el comportamiento de las variables en la muestra estudiada.

A continuación se muestran los valores de N y los valores perdidos para las variables que evalúan ambas situaciones de Cuidado: Cuidador de familiares dependientes y para Cuidador de nietos (Tabla 90). De los 652 cuestionarios recogidos, 497 personas han contestado este

ítem que evalúa el Cuidado a familiares dependientes y por otra parte, 470 personas han contestado el ítem que evalúa el Cuidado de nietos.

Tabla 90. *Valores de N para las variables Cuidado nietos y Cuidado a familiares dependientes.*

		Cuidador Dependientes	Cuidado Nietos
N	Válidos	497	470
	Perdidos	155	182

Nota: N=Tamaño muestral.

Seguidamente podemos ver la frecuencia de realización de la actividad de Cuidador de familiares dependientes en las personas mayores que componen esta muestra (Tabla 91). Se observa que aproximadamente el 50.5% de las personas que han contestado el Cuestionario no llevan a cabo dicha actividad “Nunca”, por lo que la mitad de los participantes aproximadamente no realiza tareas de cuidado a familiares dependientes. Aun así se observa además que, de entre los que sí realizan tareas de cuidado, el 15.5% realiza esta labor diariamente y que el 12.3% las realiza varias veces a la semana. Es decir, aproximadamente el 27.8% de los cuidadores informales informan de una frecuencia de dedicación prácticamente diaria en dicha tarea. En cambio, el resto 11.9% señala que sólo la realiza alguna vez al año y el 9.7% la realiza solamente algunas veces al mes.

Tabla 91. *Frecuencia y porcentaje de la variable Cuidador de familiares dependientes.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	251	38.5	50.5	50.5
	Algunas veces por año	59	9.0	11.9	62.4
	Varias veces al mes	48	7.4	9.7	72.0
	Varias veces a la semana	61	9.4	12.3	84.3
	A diario	77	11.8	15.5	100.0
	Total	497	76.2	100.0	
Perdidos	Sistema	155	23.8		
Total		652	100.0		

Con respecto a la frecuencia de Cuidado de nietos observamos que los porcentajes de los que indican que “Nunca” realizan esta actividad son pequeños (el 36%) (Tabla 92). De entre los Cuidadores de Nietos, cerca del 22.6% lo hace varias veces a la semana, y concretamente el 17.4% informa de llevar a cabo esta tarea diariamente, por lo que el nivel de dedicación a

esta tarea es bastante frecuente para el 40% aproximadamente de las personas que dicen ser cuidadores de nietos. Otros, informan que dicha labor la practican solamente algunas veces al año (8.9%) y algunas veces al mes (14.9%).

Tabla 92. Frecuencia y porcentaje de la variable Cuidado nietos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	169	25.9	36.0	36.0
	Algunas veces por año	42	6.4	8.9	44.9
	Varias veces al mes	70	10.7	14.9	59.8
	Varias veces a la semana	106	16.3	22.6	82.3
	A diario	82	12.6	17.4	100.0
	Total	470	72.1	100.0	
Perdidos	Sistema	182	27.9		
Total		652	100.0		

### 9.3.2. Análisis diferencial en función de la situación de Cuidado de personas o familiares dependientes

En este apartado se presentan los resultados obtenidos con el objetivo de investigar si existían diferencias significativas en los grupos de variables dependientes (Recursos Sociales, Bienestar/ Satisfacción, Salud y Soledad/Aislamiento) en función de la situaciones de cuidado a familiares dependientes y profundizar así en cómo afecta a los indicadores/componentes del envejecimiento positivo y con éxito. En primer lugar, se explican los resultados obtenidos mediante el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente ha sido la variable Cuidado de familiares dependientes y las variables dependientes han sido las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes escalas analizadas en esta investigación. Se pretende analizar si existen diferencias significativas cuando se es cuidador o no de personas dependientes en: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad o Aislamiento social.

Tras realizar y explorar previamente los análisis con las variables independientes de Cuidado Informal sin recodificar (Cuidado de familiares dependientes y Cuidado de nietos), se ha valorado recodificar la variable Cuidado de familiares dependientes agrupando los rangos de valores existente para así dar respuesta a las necesidades de los análisis que nos

hemos propuesto en la elaboración de este estudio. Se han agrupado categorías con fines meramente de investigación, pues tras esta primera exploración de los resultados sin agrupar las condiciones, se han observado algunas tendencias de respuesta que podrían enriquecer la comprensión de los resultados. Es por ello que procedemos a repetir los análisis, pero en esta ocasión con las variables recodificadas.

Empezaremos por el Cuidado a familiares dependientes. En la Tabla 93, se muestran las nuevas etiquetas o categorías bajo las cuales se han agrupado finalmente las distintas condiciones que informan sobre la frecuencia en el cuidado: la categoría “Nunca” engloba las condiciones de “Nunca” y “Algunas veces al año” (dado que la frecuencia de cuidado en ambas es muy pequeña o nula), la categoría “Ocasionalmente” engloba las condiciones de “Varias veces al mes y varias veces a la semana” y la categoría “A diario” engloba solo la condición ya existente en la situación previa sin recodificar de “A diario”. Así, en primer lugar, se analizará la situación de Cuidador Dependiente Recodificada y su influencia en los cuatro grupos de variables dependientes.

Tabla 93. *Etiquetas y valores de N para la variable Cuidador de familiares dependientes recodificada.*

	Etiqueta del valor	N
	Nunca	167
Cuidador de dependiente Recodificada	Ocasionalmente-semanal	211
	A diario	81

Nota: N= Tamaño muestral.

### **9.3.2.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social**

Para empezar, se explicarán en este apartado los hallazgos obtenidos en los análisis realizados con la finalidad de explorar la posible existencia de diferencias significativas en las variables que describen los Recursos Sociales, tales como la Red social y el Apoyo social funcional, en función de la situación de Cuidador de familiares dependientes recodificada.

Tabla 94. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de Cuidado de familiares dependientes recodificada.

VARIABLES	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Nunca	3.3833	.78643	167
	Ocasionalmente-semanal	3.6083	.86701	211
	A diario	3.7598	.80842	81
	Total	3.5532	.83813	459
Apoyo social confidencial-Duke	Nunca	3.8755	.89471	167
	Ocasionalmente-semanal	3.9770	.84704	211
	A diario	4.0690	.83842	81
Apoyo social afectivo-Duke	Total	3.9563	.86413	459
	Nunca	3.9775	.93086	167
	Ocasionalmente-semanal	4.1086	.91143	211
	A diario	4.1481	.90906	81
	Total	4.0679	.91879	459

Nota: N= Tamaño muestral.

En la Tabla 94 se muestran los análisis descriptivos obtenidos para ambas escalas. Se observa que para la Escala Red social y Estructural de Lubben, la categoría que registra las puntuaciones medias más altas, y por lo tanto, percibe una mayor red social, es la del cuidado “A diario” ( $M= 3.75$ ;  $DT = .80$ ). La categoría que registra una menor puntuación en dicha escala es en cambio la de “Nunca” ( $M= 3.38$ ;  $DT = .78$ ). Para el componente de Apoyo social confidencial, la categoría que informa de puntuaciones medias más elevadas en este factor, de nuevo son las personas que cuidan “A diario” ( $M= 4.06$ ;  $DT = .83$ ) y las que informan de un menor Apoyo social confidencial son las que “Nunca” realizan la tarea de cuidar a familiares dependientes ( $M= 3.87$ ;  $DT = .89$ ). En último lugar, para el factor Apoyo social afectivo, las puntuaciones medias más altas las obtienen otra vez los cuidadores que realizan dicha actividad “A diario” ( $M=4.14$ ;  $DT=.90$ ), frente a los que informan que “Nunca” cuidan de dependientes ( $M= 3.97$ ;  $DT = .93$ ).

Los resultados del análisis multivariantes efectuado (MANOVA) y que se muestran en la Tabla 95, probaron la existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables de Recursos Sociales en función del Cuidado a familiares dependientes recodificada, pues el valor de la Traza de Pillai obtenido es de .029 y está asociado a un valor de  $F(6,910) = 2.237$ ;  $p=.038$ ;  $\eta^2 = .015$ . Por consiguiente, podemos afirmar que el Cuidado a familiares dependientes tiene un efecto significativo en este conjunto de variables dependientes (Ver

Tabla 95). El tamaño del efecto de esta variable sobre las dependientes es pequeño pues muestra una explicación baja en la varianza total en los Recursos Sociales, dado que tan sólo explica el 1.5% de la variabilidad. De nuevo se repite el resultado significativo que se obtuvo previamente sin recodificar la variable.

Tabla 95. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado a familiares dependientes recodificada.

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Cuidador Dependiente Recodificada	Traza de Pillai	.029	2.237	6.000	910.000	.038	.015
	Lambda de Wilks	.971	2.246 <sup>b</sup>	6.000	908.000	.037	.015
	Traza de Hotelling	.030	2.256	6.000	906.000	.036	.015
	Raíz mayor de Roy	.029	4.344 <sup>c</sup>	3.000	455.000	.005	.028

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

A continuación, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para investigar el impacto principal en cada variable dependiente por separado, dadas las diferencias multivariantes estadísticamente significativas. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 96. Previamente, se comprobó la igualdad de varianzas con el Contraste de Levene para cada factor del Apoyo social funcional y la Red social, el cual informó que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas en todos los factores pues los valores obtenidos de  $p$  son  $>$  que .05 (para Red social:  $p = .996$ , para Apoyo social confidencial:  $p = .658$  y para Apoyo social afectivo:  $p = .991$ ).

El Cuidado de familiares dependientes (recodificada) tuvo un efecto principal significativo solo con Red social ( $F(2,914) = 6.499$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .028$ ). Siendo el tamaño del efecto pequeño pues sólo explica el 2.8% de la variabilidad total en esta variable. En síntesis, la variable independiente Cuidador de familiares dependientes (recodificada) produce diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la Red social, es decir, en la percepción de los vínculos sociales existentes, que es una medida indirecta del apoyo social basándonos en la afirmación de que escasos contactos se asocian a bajos niveles de apoyo social.

Tabla 96. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de personas dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Cuidador	Red social y estructural-Lubben	8.917	2	4.458	6.499	.002	.028
Dependientes	Apoyo social confidencial-Duke	2.209	2	1.105	1.483	.228	.006
Recodificada	Apoyo social afectivo-Duke	2.235	2	1.117	1.325	.267	.006

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

A partir de ahí, se realizaron comparaciones múltiples como pruebas post-hoc para determinar entre qué pares de medias o condiciones se producen realmente las diferencias significativas. Es decir, para determinar entre qué categorías que informan sobre la frecuencia en la que se realiza la tarea de Cuidado a dependientes (“Nunca”, “Ocasionalmente” y “A diario”) se encuentran estas diferencias significativas en la variable que evalúa la Red social. Previamente se comprobó que este factor cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey. En el anterior análisis en el cual la variable no se recodificó, las Comparaciones múltiples no pudieron determinar con exactitud entre qué pares de medias se encontraban las diferencias puesto que la prueba de Tukey sólo mostró diferencias marginalmente significativas. Pero en esta ocasión sí encontramos diferencias significativas entre “Nunca” (no cuidar a familiares dependientes) y “Ocasionalmente” (DM = -.225;  $p = .024$ ) y entre “Nunca” y “A diario” (DM = -.376;  $p = .002$ ). Es decir, que no cuidar a familiares dependientes influye negativamente en la percepción y tamaño de la red social, de tal forma que se perciben menos vínculos existentes o relaciones sociales y por consiguiente una red social más pequeña. En cambio, con el cuidado diario ocurre todo lo contrario, ya que aumenta la percepción del tamaño de la red y de las relaciones sociales. Dicho con otras palabras, el Cuidado a familiares dependientes (especialmente si es a diario) afecta positivamente a la percepción de las Redes sociales pues se percibe la existencia de más vínculos sociales. En la Figura 27 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

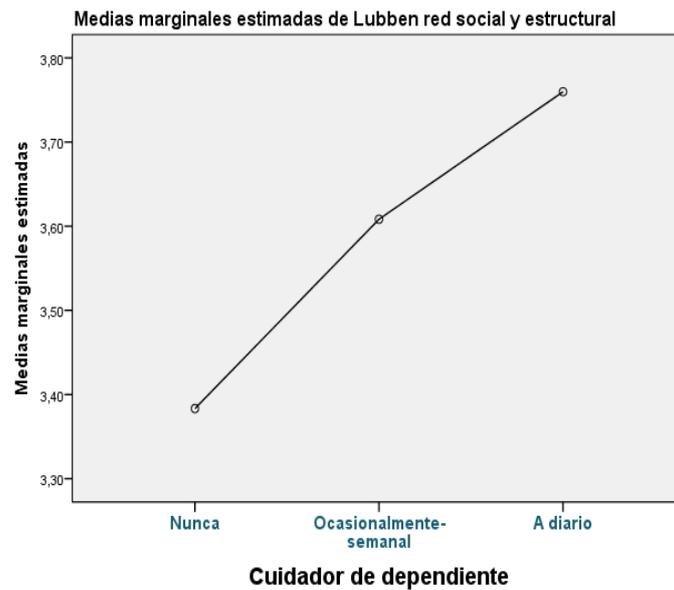


Figura 27. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Red Social.

En síntesis, se puede observar que tras este nuevo análisis realizado con la nueva variable recodificada (Cuidador de personas dependientes recodificada agrupada en tres categorías de respuesta: “Nunca”, “Ocasionalmente” y “A diario”), prácticamente se vuelven a repetir los mismos resultados obtenidos con el MANOVA previo (que fue significativo), y también con los ANOVAS de continuación (significativo para la Red social). Incluso se repite el tamaño de efecto sobre la Red social (que en ambos casos era pequeño, aunque en esta ocasión ligeramente mayor). Pero esta vez, con las pruebas post hoc de comparaciones múltiples se observa más claramente que en los análisis anteriores, dónde están exactamente las diferencias significativas entre los grupos (pues en esta ocasión hay diferencias significativas entre pares de medias). Podemos concluir que se han encontrado evidencias de que cuidar a diario de familiares dependientes influye significativamente en los Recursos Sociales, en concreto en una mayor percepción de la Red social.

### ***9.3.2.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Con el objetivo de comprobar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes asociadas con el Bienestar Psicológico y la Satisfacción Vital en función de la frecuencia de Cuidado de familiares dependientes, se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es el Cuidado de familiares dependientes recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en cada factor o dimensión de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y de la Escala Temporal de la Satisfacción con la vida.

Para empezar, en la Tabla 97, se presentan los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas, obtenidos en las escalas separando por las condiciones de frecuencia en la realización de dicha labor de cuidado. En primer lugar, en cuanto al Bienestar Psicológico, las puntuaciones medias más altas para el factor Autonomía se da para los cuidadores de dependientes que llevan a cabo esta tarea “A diario” ( $M= 3.54$ ;  $DT = .50$ ). Para el Dominio del entorno, las puntuaciones medias más elevadas se dan para las personas que “Nunca” cuidan de familiares dependientes ( $M= 3.61$ ;  $DT = .54$ ). Para el factor Crecimiento Personal las personas cuidadores que realizan dicha actividad “Ocasionalmente o semanalmente” ( $M=3.87$ ;  $DT = .57$ ) obtienen valores más altos. En cuanto al componente Relaciones positivas con los demás, las puntuaciones medias más altas son para los cuidadores que lo son “Ocasionalmente o semanalmente” ( $M= 3.63$ ;  $DT = .96$ ). Para la dimensión que evalúa el Propósito de vida de la escala de Bienestar Psicológicos de Ryff, las puntuaciones medias más elevadas las obtienen los cuidadores de familiares dependientes que cuidan “Ocasionalmente o semanalmente” ( $M= 3.35$ ;  $DT= .64$ ). Finalmente, para el factor Autoaceptación las medias más altas las obtienen los cuidadores de dependientes que realizan dicha actividad “A diario” ( $M= 3.64$ ;  $DT = .70$ ).

Tabla 97. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de personas dependientes recodificada.

Variables	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Nunca	3.5051	.52264	164
	Ocasionalmente-semanal	3.5126	.55976	211
	A diario	3.5432	.50400	81
	Total	3.5154	.53601	456
Environmental Mastery Ryff	Nunca	3.6108	.54117	164
	Ocasionalmente-semanal	3.5213	.52924	211
	A diario	3.5679	.58141	81
	Total	3.5618	.54338	456
Personal Growth Ryff	Nunca	3.8120	.59197	164
	Ocasionalmente-semanal	3.8799	.57580	211
	A diario	3.8230	.58946	81
	Total	3.8454	.58369	456
Positive relations Ryff	Nunca	3.4898	.70195	164
	Ocasionalmente-semanal	3.6335	.96030	211
	A diario	3.5494	.77030	81
	Total	3.5669	.84304	456
Purpose in life Ryff	Nunca	3.3445	.59712	164
	Ocasionalmente-semanal	3.3547	.64093	211
	A diario	3.1626	.69020	81
	Total	3.3169	.63739	456
Self acceptance Ryff	Nunca	3.4329	.65238	164
	Ocasionalmente-semanal	3.5932	.65788	211
	A diario	3.6420	.70470	81
	Total	3.5442	.66845	456
Satisfacción Vida Pasada	Nunca	3.1965	.83488	164
	Ocasionalmente-semanal	3.4344	.84463	211
	A diario	3.6595	.96184	81
	Total	3.3888	.87690	456
Satisfacción Vida Presente	Nunca	3.5757	.93414	164
	Ocasionalmente-semanal	3.7758	.83563	211
	A diario	4.1099	.78160	81
	Total	3.7632	.88116	456
Satisfacción Vida Futura	Nunca	3.4398	.70411	164
	Ocasionalmente-semanal	3.5092	.69031	211
	A diario	3.7813	.62718	81
	Total	3.5326	.69359	456

Nota: N=Tamaño muestral, Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

A continuación, para la variable dependiente Satisfacción con la vida, en concreto para la dimensión temporal de la Satisfacción con la vida pasada, la puntuación media más elevada la obtienen los cuidadores de dependientes que cuidan a sus familiares “A diario” ( $M= 3.65$ ;  $DT=.96$ ). Para la Satisfacción de la vida presente, las puntuaciones medias más altas las registran los cuidadores de personas dependientes que informan realizar dicha labor “A diario” ( $M= 4.10$ ;  $DT = .78$ ) nuevamente. Por último, para la dimensión temporal de la

Satisfacción con la vida futura los valores más altos los obtienen las personas cuidadores de dependientes que realizan dicha labor “A diario” ( $M= 3.78$ ;  $DT = .62$ ).

Para poner a prueba estas diferencias detectadas con el análisis descriptivo, se realizó un MANOVA o análisis multivariante de la varianza (los resultados aparecen en la Tabla 98). Los resultados obtenidos en base al criterio de Pillai, informan de que el Cuidado de familiares dependientes afecta significativamente a la combinación de variables dependientes: Traza de Pillai = .107;  $F(18,892) = 2.795$ ;  $p < .001$   $\eta^2 = .058$ . El tamaño del efecto del Cuidado a familiares dependientes sobre la combinación de variables dependiente es de un 5.8% en la varianza explicada total.

Tabla 98. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Cuidador Dependientes Recodificada	Traza de Pillai	.107	2.795	18.000	892.000	.000	.053
	Lambda de Wilks	.895	2.813 <sup>b</sup>	18.000	890.000	.000	.054
	Traza de Hotelling	.115	2.831	18.000	888.000	.000	.054
	Raíz mayor de Roy	.090	4.436 <sup>c</sup>	9.000	446.000	.000	.082

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Una vez que el MANOVA ha resultado significativo, pasamos a analizar este efecto global, pero variable a variable mediante los correspondientes ANOVAs de continuación, los cuales se presentan en la Tabla 99. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en el factor Propósito de vida ( $F(2,908) = 2.924$ ;  $p = .055$ ;  $\eta^2 = .013$ ) y el factor Autoaceptación ( $F(2,908) = 3.751$ ;  $p = .024$ ;  $\eta^2 = .016$ ), ambos de la Escala de Bienestar Psicológico. También en las tres dimensiones temporales de la Escala de Satisfacción Vital: pasada ( $F(2,908) = 8.346$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .036$ ), presente ( $F(2,908) = 10.417$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .044$ ) y futura ( $F(2,908) = 6.972$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 = .030$ ). Para la variable Satisfacción vital presente, el tamaño del efecto para el Cuidado de familiares dependientes sobre la varianza explicada en esta variable es modesto (4.4%) aún siendo el de mayor peso que el obtenido para el resto de factores. Para la Satisfacción vital pasada el tamaño del efecto es bajo, un 3.6% y para la futura un 3%. Para el factor Propósito de vida, el tamaño del efecto del Cuidado a dependientes en la variabilidad de esta variable es muy pequeño pues es de 1.3% y también para el factor Autoaceptación, 1.6%. Las medias y las desviaciones típicas sobre la frecuencia

de realización del cuidado se presentan en la Tabla 97. En general podemos apreciar que la condición de “A diario” obtiene las puntuaciones medias más altas en Satisfacción con la vida.

Tabla 99. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de personas dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Autonomía Ryff	.082	2	.041	.142	.868	.001
	Environmental Mastery Ryff	.742	2	.371	1.258	.285	.006
	Personal Growth Ryff	.475	2	.238	.696	.499	.003
Cuidador	Positive relations Ryff	1.934	2	.967	1.363	.257	.006
Dependientes	Purpose in life Ryff	2.356	2	1.178	2.924	.055	.013
Recodificada	Self acceptance Ryff	3.312	2	1.656	3.751	.024	.016
	Satisfacción Vida Pasada	12.434	2	6.217	8.346	.000	.036
	Satisfacción Vida Presente	15.534	2	7.767	10.417	.000	.044
	Satisfacción Vida Futura	6.536	2	3.268	6.972	.001	.030

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Finalmente se realizaron comparaciones múltiples como pruebas post-hoc para determinar entre qué pares de medias o categorías se producen realmente las diferencias significativas detectadas. Es decir, para determinar entre qué condiciones que miden la frecuencia en la que se realiza la tarea de cuidado a familiares dependientes (“Nunca, “Ocasionalmente” y “A diario”), se encuentran estas diferencias en los factores que han resultados significativos de ambas escalas. Previamente se comprobó que todos los componentes cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene, resultando todos no significativos dado que  $p$  son mayores que .05 (para Propósito de vida:  $p=.254$ , para Autoaceptación:  $p = .873$ , para Satisfacción con la vida pasada:  $p = .507$ , para Satisfacción con la vida presente:  $p = .475$  y para Satisfacción con la vida futura:  $p = .823$ ) y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey. Para el factor Propósito de vida, las diferencias significativas se encuentran entre el cuidado “A diario” y el cuidado “Ocasionalmente-semanalmente” (DM = -.192;  $p = .055$ ), aunque se trata de una significación marginal pero nos parece interesante explicarla. En este caso, el cuidado a familiares de forma “Ocasional/ Semanal” facilita que las personas se marquen metas y tengan un propósito de vida: una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. En contraposición, las personas que cuidan “A diario” puntúan más bajo en este factor. Para el

factor Autoaceptación las diferencias significativas se encuentran entre la condición de “Nunca” y el cuidado “Ocasional/Semanal” ( $DM = -.160$ ;  $p = .054$ ) y el cuidado “A diario” ( $DM = -.209$ ;  $p=.055$ ). Es decir que el no cuidar a familiares dependientes influye negativamente en la Autoaceptación, es decir, se sienten peor consigo mismas y tienen actitudes más negativas hacia ellos mismos. En cambio, las personas que cuidan a familiares dependientes, ya sea ocasionalmente o a diario, se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. En las Figuras 28 y 29 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

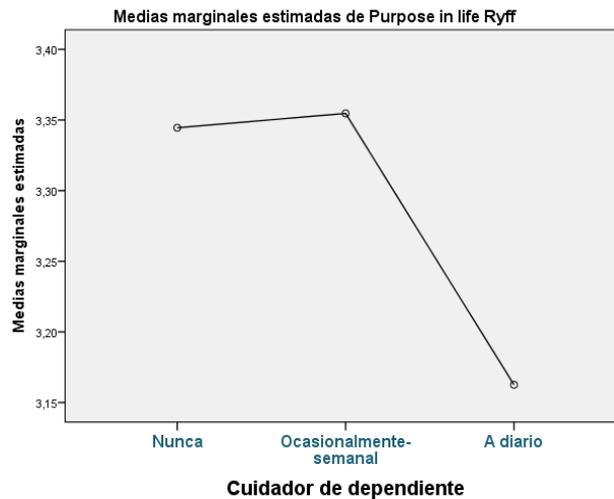


Figura 28. Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Propósito de vida (Ryff).

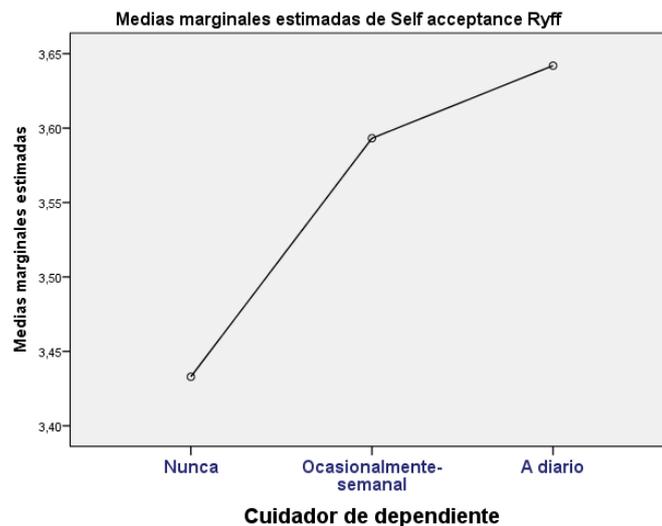


Figura 29. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autoaceptación (Ryff).

Las comparaciones múltiples realizadas para la dimensión temporal Pasada de la Satisfacción vital, muestran que las diferencias significativas se encuentran entre “Nunca” y “Ocasionalmente/Semanalmente” ( $DM = -.237$ ;  $p = .023$ ) y entre “Nunca” y “A diario” ( $DM = -.462$ ;  $p < .001$ ). Es decir que no cuidar nunca a los familiares dependientes afecta en la evaluación de la Satisfacción con la vida Pasada frente a los que cuidan a diario, de modo que estos últimos manifiestan una mayor Satisfacción con la vida con las experiencias vividas. Lo mismo ocurre con los que cuidan ocasionalmente a familiares dependientes, puesto que manifiestan una mayor satisfacción vital que los que no son cuidadores. Por lo tanto el hecho de cuidar a familiares dependientes, ya sea diario u ocasionalmente, influye positivamente en la evaluación de la Satisfacción con la vida en cuanto a las experiencias vitales pasadas.

En lo que respecta a la Satisfacción vital Presente, las diferencias significativas se encuentran entre los que “Nunca” cuidan y los que señalan que cuidan “A diario” ( $DM = -.534$ ;  $p = .023$ ), de forma que éstos últimos se sienten más satisfechos con su vida en la actualidad. Y también aparecen diferencias, entre los que cuidan “A diario” y los que lo hacen “Ocasionalmente” ( $DM = .237$ ;  $p = .023$ ), los primeros informan de una mayor Satisfacción en el presente. En general, las personas cuidadoras de dependientes que cuidan “A diario” se sienten más satisfechas con su vida en la actualidad. Finalmente, en cuanto al factor temporal de Satisfacción con la vida Futura, las diferencias significativas se encuentran entre las personas que “Nunca” cuidan y las que lo hacen “A diario” ( $DM = -.341$ ;  $p = .001$ ), éstas informan de mayor satisfacción en el futuro. También hay diferencias significativas entre “A diario” y “Ocasionalmente” ( $DM = .272$ ;  $p = .007$ ), de forma que el cuidado diario de familiares dependientes evidencia una mayor satisfacción vital futura. En las siguientes Figuras 30, 31 y 32 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

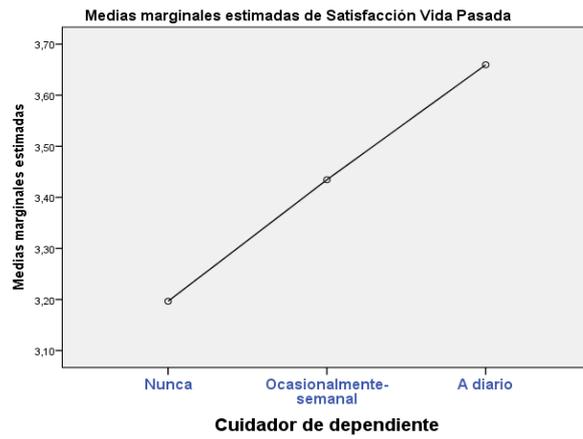


Figura 30. Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Satisfacción Vital Pasada.

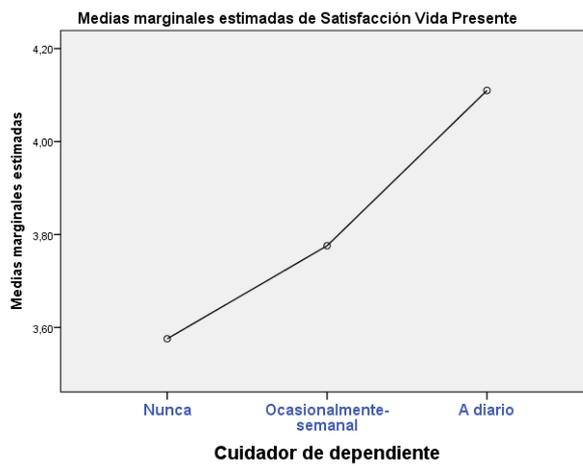


Figura 31. Medias entre frecuencia de Cuidado a familiares dependientes y Satisfacción Vital Presente.

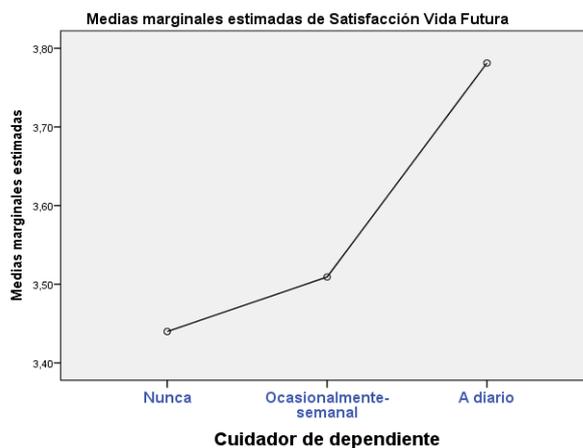


Figura 32. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Satisfacción Vital Futura.

En síntesis, en el análisis previo exploratorio, en el cual la variable Cuidado de familiares de dependientes no se recodificó, no se encontraron diferencias significativas en el bloque de variables que evalúan Bienestar y Satisfacción. Pero esta vez, al agrupar las categorías sí que resultó significativo el MANOVA, pues se ha podido demostrar la existencia de diferencias significativas en este grupo de variables cuando son analizadas conjuntamente. En concreto, hay evidencias de que el Cuidado de familiares dependientes influye significativamente en el Propósito de vida y en la Autoaceptación, ambos componentes del Bienestar Psicológico. Las personas que son Cuidadores ocasionales de familiares sienten que su vida es útil, valiosa y que tiene un propósito respecto a los que realizan dicha labor “A diario”. Además, las personas que nunca cuidan manifiestan sentirse peor consigo mismas y tienen una visión más negativa hacia sí mismos (Autoaceptación) que las que son cuidadoras. También los resultados muestran que las personas cuidadoras de familiares dependientes y que además lo son diariamente, se sienten más satisfechas con su vida, tanto en su dimensión temporal pasada, como presente y futura. Las tareas del cuidado a un familiar dependiente se relacionan positivamente con la Satisfacción Vital (que es un relevante indicador de envejecimiento positivo) y constituye un importante factor que afecta significativamente en ella, pues se trataría de una actividad generativa, de modo que cuidar de un familiar dependiente puede ser una fuente de satisfacción, emociones positivas y de ganancias (Villar et al., 2013). En conclusión, estos resultados sugieren de un mayor bienestar y satisfacción en personas cuidadoras de familiares dependientes que lo son diariamente respecto de las que no lo son.

### ***9.3.2.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado***

Igualmente, con el objetivo de averiguar si hay diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes que hacen referencia a la Salud: Salud Percibida, Autocuidado y Depresión, en función del Cuidado de familiares dependientes, se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es el Cuidado de dependientes recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en las escalas que evalúan dichos constructos.

En primer lugar se presentan los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas obtenidos en las escalas, separando estos valores por las condiciones o categorías que se han medido para determinar la frecuencia en la que se realizan las actividades de cuidado de familiares dependientes (“Nunca”, “Ocasionalmente-semanalmente” y “A diario”) (Tabla

100). En la Salud Percibida las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que informan de que cuidan “A diario” ( $M= 4.08$ ;  $DT = .57$ ) frente a aquellas personas que cuidan “Ocasionalmente”, las cuales obtienen puntuaciones más bajas en esta variable ( $M=3.99$ ;  $DT = .62$ ). En cuanto a la variable Autocuidado, concretamente para el factor Autocuidado físico, las puntuaciones medias más altas las registran las personas que cuidan “A diario” a dependientes ( $M= 4.06$ ;  $DT = .59$ ) frente a los que cuidan sólo “Ocasionalmente” ( $M= 3.85$ ;  $DT = .69$ ). Para el componente Autocuidado social, las medias son más altas para las personas que cuidan diariamente a sus familiares dependientes ( $M= 4.26$ ;  $DT = .51$ ) frente a los que “Nunca” realizan dicha actividad de cuidado ( $M= 3.88$ ;  $DT = .63$ ).

Tabla 100. *Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.*

Variables	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Nunca	4.0736	.74345	161
	Ocasionalmente-semanal	3.9947	.62966	208
	A diario	4.0833	.57624	77
	Total	4.0385	.66449	446
Self Care-physical	Nunca	3.9793	1.03107	161
	Ocasionalmente-semanal	3.8590	.69438	208
	A diario	4.0649	.59675	77
	Total	3.9380	.82077	446
Self Care-social	Nunca	3.8851	.63279	161
	Ocasionalmente-semanal	3.9888	.61309	208
	A diario	4.2641	.51110	77
	Total	3.9989	.61671	446
Self Care-internal	Nunca	3.0041	.95814	161
	Ocasionalmente-semanal	3.1795	.95348	208
	A diario	3.7056	.85494	77
	Total	3.2070	.96751	446
Depresión	Nunca	1.6227	.67075	161
	Ocasionalmente-semanal	1.7117	.76863	208
	A diario	1.7362	.79401	77
	Total	1.6838	.73922	446

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Finalmente, para el factor Autocuidado interno, las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que realizan dicha actividad de cuidado de dependientes “A diario” ( $M=3.70$ ;  $DT = .85$ ), frente a la personas cuidadoras que “Nunca” cuidan ( $M= 3.00$ ;  $DT=.95$ ).

Por último, la medias obtenidas para la variable dependiente Depresión informan que las puntuaciones más altas en sintomatología depresiva las registran las personas que cuidan “A diario” a dependientes ( $M= 1.73$ ;  $DT = .79$ ) y en cambio, los que informan de menor sintomatología depresiva son las personas que “Nunca” cuidan a dependientes ( $M= 1.62$ ;  $DT=.67$ ).

El MANOVA informa de que hay diferencias significativas en el conjunto de variables en función del Cuidado de dependientes recodificado (Traza de Pillai = .106;  $F(10,880) = 4.943$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 = .053$ ) (Tabla 101). Los resultados reflejan una asociación pequeña entre el Cuidado de dependientes y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .053, es decir el tamaño del efecto del Cuidado a familiares dependientes sobre el grupo de variables analizadas explica 5.3% de la varianza explicada.

Tabla 101. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado del Cuidado de familiares dependientes recodificada.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Traza de Pillai	.106	4.943	10.000	880.000	.000	.053
Cuidador	Lambda de Wilks	.895	5.027 <sup>b</sup>	10.000	878.000	.000	.054
Dependientes	Traza de Hotelling	.117	5.110	10.000	876.000	.000	.055
Recodificada	Raíz mayor de Roy	.106	9.348 <sup>c</sup>	5.000	440.000	.000	.096

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Además, se realizaron análisis de varianza de continuación (ANOVAs) para investigar el impacto principal en cada variable dependiente por separado, dadas las diferencias multivariantes estadísticamente significativas. Los resultados de estos análisis adicionales, las medias y las desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 100. El cuidado de personas dependientes tuvo un efecto principal significativo con dos variables dependientes ( $p < .05$ ), en concreto, para los factores de Autocuidado social ( $F(2,898)=10.300$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 = 044$ ) y Autocuidado interno ( $F(2,898)=14.702$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 = 062$ ) con medias más altas en las personas mayores cuidadoras de familiares de dependientes que cuidan a diario en ambas variables. El tamaño del efecto en ambos casos, es modesto, aunque para el Autocuidado interno es algo mayor, pues explica es de 6.2% de la variabilidad en dicha variable y para el Autocuidado social es del 4.4% de la varianza explicada (ver Tabla 102).

Tabla 102. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Perceived Health	.752	2	.376	.851	.428	.004
Cuidador	Self Care-physical	2.814	2	1.407	2.099	.124	.009
Dependientes	Self Care-social	7.521	2	3.760	10.300	.000	.044
Recodificada	Self Care-internal	25.927	2	12.964	14.702	.000	.062
	Depresión	.973	2	.487	.890	.411	.004

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Una vez que se ha determinado que existen diferencias entre las medias, utilizamos las comparaciones múltiples post-hoc o a posteriori para saber qué media difiere de qué otra. Esas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias. Previamente se comprobó que todos los factores cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene resultando todos no significativos dado que  $p$  son  $>$  que .05. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis de igualdad de varianzas y aplicamos la prueba DHS de Tukey. Las diferencias estadísticamente significativas para el factor Autocuidado social, se dan entre los que “Nunca” cuidan a familiares dependientes y los que cuidan “A diario” ( $DM = -.379$ ;  $p < .001$ ), de tal forma que estos últimos implementan mayores conductas relacionadas con establecer y mantener las relaciones o vínculos sociales. En el factor Autocuidado interno, las diferencias estadísticamente significativas se dan para los que cuidan “A diario” de sus familiares dependientes y los que lo hacen “Ocasionalmente-Semanalmente” ( $DM = .526$ ;  $p < .001$ ). También entre los que cuidan “A diario” y los que “Nunca” cuidan a dependientes ( $DM = .701$ ;  $p < .001$ ). Estos resultados evidencian que las personas que son cuidadoras de dependientes y que realizan dicha actividad a diario, tienen más comportamientos en su vida diaria que se relacionan con el Autocuidado interno, con el objetivo de mantener el equilibrio mental y emocional, es decir, una buena salud mental y un mayor bienestar. En las Figuras 33 y 34 podemos apreciar estas diferencias de forma gráfica.

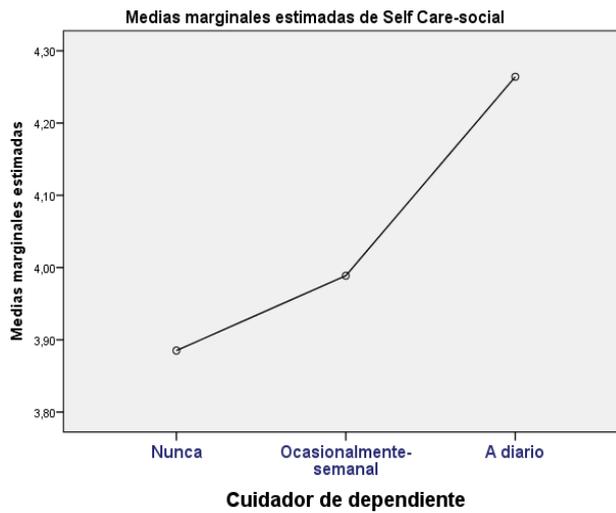


Figura 33. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autocuidado Social.

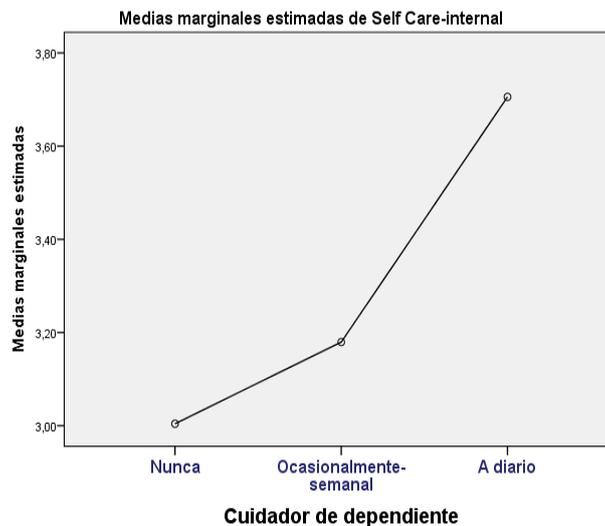


Figura 34. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Autocuidado interno.

#### 9.3.2.4. Soledad y Aislamiento Social

Finalmente, y en último lugar, con la finalidad de comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes que hacen referencia a la Soledad y al Aislamiento social en función de ser Cuidador de familiares dependientes, se estimó un modelo de análisis de varianza multivariante (MANOVA), donde el factor o variable independiente es el Cuidado de familiares dependientes recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Soledad DJGLS y en la Escala de Soledad UCLA 3.

En la siguiente Tabla 103, se muestran las medias y desviaciones típicas separadas por la frecuencia de realización de la actividad de cuidado de dependientes. En general, se observa que para el factor Soledad social (DJGLS) las medias son más elevadas para la condición de “Nunca” ( $M= .62$ ;  $DT = .41$ ). En cambio, para el factor Soledad emocional (DJGLS), las medias son mayores para los que cuidan “A diario” ( $M= .41$ ;  $DT = .46$ ). Respecto a la Escala de Soledad de la UCLA 3, en concreto, para el factor Aislamiento las personas que “Nunca” cuidan a familiares dependientes, obtienen las puntuaciones medias más altas ( $M= 1.04$ ;  $DT=.61$ ). Al igual que para el factor Rasgo Soledad, que de nuevo los que señalan la condición de que “Nunca” cuidan, registran valores más altos ( $M= .97$ ;  $DT = .50$ ) y también ocurre lo mismo para el factor Conexión social ( $M= .65$ ;  $DT = .46$ ).

Tabla 103. *Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.*

Variables	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Nunca	.6222	.41694	166
	Ocasionalmente-semanal	.5440	.45387	213
	A diario	.4722	.41818	81
	Total	.5596	.43703	460
Soledad Emocional- DJGLS	Nunca	.3819	.45227	166
	Ocasionalmente-semanal	.3897	.45047	213
	A diario	.4150	.46152	81
Aislamiento-UCLA 3	Total	.3913	.45223	460
	Nunca	1.0490	.61047	166
	Ocasionalmente-semanal	.9727	.57874	213
Rasgo Soledad-UCLA 3	A diario	.9504	.56864	81
	Total	.9963	.58878	460
	Nunca	.9749	.50012	166
Conexión social-UCLA 3	Ocasionalmente-semanal	.9268	.54750	213
	A diario	.8961	.44867	81
	Total	.9388	.51411	460
Conexión social-UCLA 3	Nunca	.6548	.46427	166
	Ocasionalmente-semanal	.6030	.42041	213
	A diario	.5442	.38958	81
	Total	.6114	.43253	460

Nota: N=Tamaño muestral.

A continuación se realizó un modelo de análisis de varianza multivariante (MANOVA) cuyos resultados evidenciaron que no existen diferencias significativas en las variables de

estudio analizadas globalmente en función del Cuidado a dependientes (recodificada), dado que el valor de la Traza de Pillai es de .028 ( $F(10,908) = 1.273; p=.241; \eta^2 = .014$ ) (Tabla 104).

A pesar de que los efectos multivariantes no han resultados significativos, se realizaron ANOVAs de continuación, comprobando previamente el supuesto de igualdad de varianzas con el contraste de Levene, aceptando la hipótesis de igualdad de varianzas necesaria para realizar el siguiente análisis, pues los valores de significación obtenidos para todas las variables y factores son mayores que el nivel crítico de .05.

Tabla 104. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.*

	Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Traza de Pillai	.028	1.273	10.000	908.000	.241	.014
Cuidador	Lambda de Wilks	.972	1.278 <sup>b</sup>	10.000	906.000	.238	.014
Dependientes	Traza de Hotelling	.028	1.283	10.000	904.000	.235	.014
Recodificada	Raíz mayor de Roy	.027	2.484 <sup>c</sup>	5.000	454.000	.031	.027

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 105 y en general corroboran los hallados en el MANOVA, a excepción del factor de Soledad social (DJGLS) que sí ha resultado significativo. Es decir, los análisis muestran que no hay diferencias en función del cuidado a familiares dependientes en Soledad y Aislamiento social, a excepción del factor Soledad social de la Escala de soledad de DJGLS que sí informa de la existencia de diferencias significativas entre los grupos o condiciones ( $F(2,916) = 3.495; p = .031; \eta^2=.015$ ). Aunque hay que indicar que el tamaño del efecto del Cuidado a familiares dependientes es muy pequeño, pues explica sólo el 1.5% de la variabilidad en dicho factor.

En general, las medias que se han presentado previamente en la Tabla 103, informan de que las personas mayores que “Nunca” cuidan a familiares dependientes perciben una mayor soledad social que el resto, y por tanto de menor integración social.

Tabla 105. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de familiares dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Soledad Social- DJGLS	1.321	2	.660	3.495	.031	.015
Cuidador	Soledad Emocional- DJGLS	.061	2	.030	.148	.863	.001
Dependiente	Aislamiento-UCLA 3	.750	2	.375	1.082	.340	.005
Recodificada	Rasgo Soledad-UCLA 3	.395	2	.197	.746	.475	.003
	Conexión social-UCLA 3	.694	2	.347	1.862	.157	.008

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial

Las pruebas post-hoc de comparaciones múltiples para saber qué media difiere de qué otra en la variable Soledad Social que ha resultado significativa tras los análisis ANOVA, señalan que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre el grupo de personas que informan de que “Nunca” cuidan a familiares dependientes y las que informan que cuidan “A diario” (DM =.150;  $p = .030$ ). Estos resultados sugieren que las personas que no son cuidadoras de familiares dependientes perciben subjetivamente mayor soledad social, tienen la sensación de tener menos relaciones sociales (o bien si las tienen, no son capaces de confiar en los demás por miedo al rechazo o a que le hagan daño) que las personas que cuidan a diario cuyo resultado sugiere que sienten menos emociones negativas asociadas con la soledad.

En síntesis, tras haber realizado un MANOVA en el que el efecto multivariado no es significativo ( $p = .241$ ) y un tamaño del efecto pequeño ( $\eta^2 = .014$ ), podemos concluir que el Cuidado a familiares dependientes no produce un efecto significativo en las variables que evalúan la Soledad y el Aislamiento de forma global. Se ha detectado un efecto directo significativo de esta variable independiente con el factor Soledad social de la Escala de Soledad DGJLS, aunque el tamaño del efecto es también pequeño ( $\eta^2 = .015$ ): las personas no cuidadoras perciben una mayor soledad social acompañada de emociones negativas respecto a su integración social que las personas que cuidan diariamente. En la Figura 35 podemos apreciar la diferencia de forma gráfica.

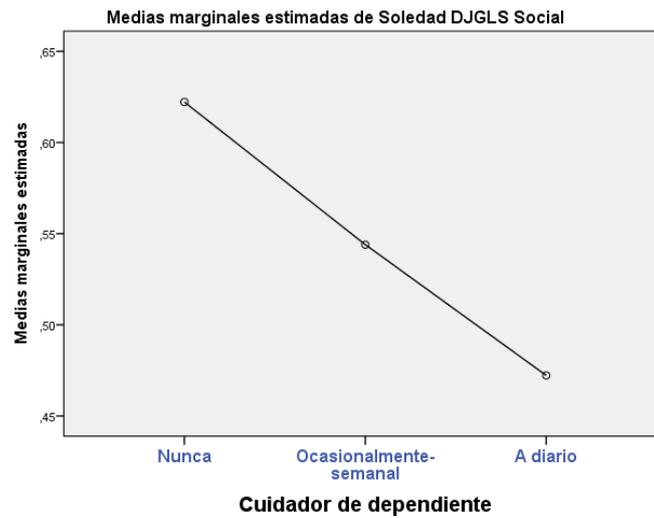


Figura 35. Medias entre frecuencia de Cuidado de familiares dependientes y Soledad Social.

### ***9.3.2.5. Resumen de los resultados obtenidos en las variables en función del Cuidado a familiares dependientes recodificada***

A continuación, se han resumido gráficamente sintetizando todos los resultados obtenidos en los diversos MANOVAs que se han realizado para averiguar la existencia de diferencias significativas en los cuatro grupos de variables dependientes incluidos en esta investigación en base al factor o variable independiente Cuidado de familiares dependientes recodificada (Tabla 106).

Tabla 106. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en función del cuidado a familiares dependientes recodificada.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Cuidado dependientes
Cuidado de familiares dependientes recodificada (Nunca, Ocasional y A diario)	Recursos Sociales	Traza de Pillai =.029 $F_{6,910} = 2.237$ ; $p = .038$ ; $\eta^2 = .015$	<b>Red Social</b> ( $F_{2,914} = 6.499$ ; $p = .002$ ; $\eta^2 = .028$ )	“Nunca” y “Ocasionalmente” (DM = -.2250; $p = .024$ ) “Nunca” y “A diario” (DM = -.3765; $p = .002$ )	Las personas que Nunca cuidan de familiares dependientes perciben < Red Social.
	Bienestar y Satisfacción	Traza de Pillai =.107; $F_{18,892} = 2.795$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .058$	<b>Propósito de vida</b> ( $F_{2,908} = 2.924$ ; $p = .055$ ; $\eta^2 = .013$ ) <b>Autoaceptación</b> ( $F_{2,908} = 3.751$ ; $p = .024$ ; $\eta^2 = .016$ ) <b>Satisfacción Vital Pasada</b> ( $F_{2,908} = 8.346$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .036$ ) <b>Satisfacción Vital Presente</b> ( $F_{2,908} = 10.417$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .044$ ) <b>Satisfacción Vital Futura</b> ( $F_{2,908} = 6.972$ ; $p = .001$ ; $\eta^2 = .030$ )	“A diario” y “Ocasional” (DM = -.1921; $p = .055$ ) “Nunca” y “Ocasional” (DM = -.1603; $p = .054$ ) “Nunca” y “A diario” (DM = -.2090; $p = .055$ ) “Nunca” y “Ocasional” (DM = -.2378; $p = .023$ ) “Nunca” y “A diario” (DM = -.4629; $p < .001$ ) “Nunca” y “A diario” (DM = -.5342; $p = .023$ ) “A diario” y “Ocasional” (DM = -.2378; $p = .023$ ) “Nunca” y “A diario” (DM = -.3414; $p < .001$ ) “A diario” y “Ocasional” (DM = .2721; $p = .007$ )	El cuidado dep. ocasional > Propósito de vida  No cuidar a dep. Nunca < Autoaceptación  No cuidar a dep. Nunca < Satisfacción con la vida Pasada  Las personas que cuidan “A diario” > Satisfacción con la vida Presente  Las personas que cuidan a dep. “A diario” > Satisfacción con la vida Futura
	Salud	Traza de Pillai =.106; $F_{10,880} = 4.943$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .053$	<b>Autocuidado social</b> ( $F_{2,898} = 10.300$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .044$ ) <b>Autocuidado interno</b> ( $F_{2,898} = 14.702$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .062$ )	“Nunca” y “A diario” (DM = -.3790; $p < .001$ ) “A diario” y “Ocasional” (DM = 5261; $p < .001$ ) “A diario” y “Nunca” (DM = 7015; $p < .001$ )	Las personas que cuidan dep. “A diario” > Autocuidado social Las personas que cuidan dep. “A diario” > Autocuidado interno
	Soledad y Aislamiento	Traza de Pillai =.028 $F_{10,908} = 1.273$ ; $p = .241$ ; $\eta^2 = .014$	<b>Soledad social (DJGLS)</b> ( $F_{2,916} = 3.495$ ; $p = .031$ ; $\eta^2 = .015$ )	“Nunca” y “A diario” (DM = .1500; $p = .030$ )	Las personas que Nunca cuidan a dep. > Soledad social

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM= diferencias de medias; > =mayor; < =menor.

### 9.3.3. Análisis diferencial en función de la situación de Cuidado de nietos recodificada

En esta sección se analizará el Cuidado a los nietos y su influencia en todas las variables dependientes. Se pretende analizar cómo el cuidado a los nietos puede influir de forma significativa en las variables; es decir, si el hecho de ser cuidador o no de los nietos y por tanto ejercer el rol de abuelo, puede afectar en las variables asociadas al envejecimiento positivo.

Anteriormente se han presentado los análisis multivariados realizados con la situación de Cuidado de familiares dependientes en todas las variables dependientes. A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los análisis multivariados para analizar la influencia de la situación de Cuidado de nietos sobre las variables dependientes y que hacen referencia al envejecimiento exitoso, activo y saludable. Pero en esta ocasión se ha usado la variable recodificada, en donde se han agrupado categorías de respuesta con fines meramente de investigación para simplificar los análisis, al mismo tiempo que se incrementa la potencia estadística, tras previamente explorar las tendencias de respuesta y análisis en la variable sin recodificar.

En la Tabla 107 se muestran las nuevas etiquetas o categorías bajo las que se han agrupado finalmente las diferentes condiciones que han sido consideradas en esta investigación sobre la frecuencia de cuidado: la categoría “Nunca u ocasionalmente” engloba tanto las condiciones de “Nunca” como la de “Algunas veces al año” (se ha considerado agrupar estas variables porque la categoría de cuidado anual en realidad indica que no cuidan a los nietos de forma continua sino que si lo hacen es ocasionalmente, muy esporádico y lejano en el tiempo por lo que no tienen un contacto fluido real con los nietos), la categoría “Varias veces al mes”, la categoría “Varias veces a la semana” y la categoría “A diario” que engloba solo la condición ya existente en la situación de análisis previa sin recodificar.

Tabla 107. *Etiquetas y valores de N para la variable Cuidador de nietos recodificada.*

	Etiqueta del valor	N
Cuidado nietos recodificada	Nunca u ocasionalmente	53
	Varias veces al mes	53
	Varias veces a la semana	97
	A diario	72

Nota: N=Tamaño muestral.

### **9.3.3.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social**

A continuación se explicarán los resultados obtenidos para investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales: la Red social y el Apoyo social, en función de la situación de Cuidado a nietos recodificada, esto es, si se es o no cuidador de los nietos y cómo afecta esta situación en las variables que se relacionan con los Recursos sociales.

En la Tabla 108 se muestran los análisis descriptivos obtenidos para ambas escalas, diferenciando las puntuaciones medias según la frecuencia en la que se realiza la tarea de cuidar a los nietos: “Nunca u ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”. En la tabla se observa que para la Escala Red social y estructural de Lubben, la categoría que registra puntuaciones medias mayores es la de cuidar a los nietos “Varias veces al mes” ( $M= 3.79$ ;  $DT = 1.09$ ). La categoría que registra una menor puntuación en dicha escala en cambio, es la de “Nunca u ocasionalmente”, es decir, las personas que nunca cuidan a sus nietos o si lo hacen es sólo alguna vez al año, bien porque no tienen o bien porque no ejercen como abuelos ( $M= 3.25$ ;  $DT = .86$ ). Para el componente de Apoyo social confidencial las puntuaciones medias más elevadas en este factor son para las personas que cuidan “A diario” de los nietos ( $M= 4.02$ ;  $DT = .85$ ) y las que informan de un menor Apoyo confidencial son las que “Nunca” realizan la tarea de cuidar ( $M= 3.66$ ;  $DT = 1.00$ ). Para el factor de Apoyo social afectivo, las puntuaciones más altas se dan para los cuidadores que realizan dicha actividad “Varias veces al mes” ( $M= 4.16$ ;  $DT = .92$ ), frente a los que informan que “Nunca u ocasionalmente” cuidan a los nietos ( $M= 3.69$ ;  $DT = 1.18$ ).

A continuación, en la siguiente Tabla 109 se muestran los resultados del análisis multivariado de la varianza (MANOVA) que se ha efectuado para probar la posible existencia de diferencias significativas en las variables de Recursos Sociales según si cuidan o no a los nietos. Tal y como se observa, dichos resultados no probaron la existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables de Recursos Sociales en función de la situación de Cuidado a nietos recodificada, pues el valor de la Traza de Pillai obtenido es .059 y está asociado a un valor de  $F(9,813) = 1.850$ ;  $p = .062$ ;  $\eta^2 = .020$ . Por consiguiente, podemos afirmar que el Cuidado a los nietos no tiene un efecto significativo en este conjunto de variables dependientes, es decir, no hay un efecto multivariado significativo. El tamaño del efecto del Cuidado a nietos es pequeño, pues muestra una explicación baja en la varianza total

en las variables que evalúan los Recursos Sociales llegando a ser como máximo un 2% de la variabilidad total.

Tabla 108. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de nietos recodificada.

VARIABLES	Cuidado nietos recodificada	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Nunca u ocasionalmente	3.2589	.86443	53
	Varias veces al mes	3.7986	1.09568	53
	Varias veces a la semana	3.6028	.73938	97
	A diario	3.7520	.80809	72
	Total	3.6133	.87546	275
Apoyo social confidencial-Duke	Nunca u ocasionalmente	3.6629	1.00270	53
	Varias veces al mes	4.0187	.82130	53
	Varias veces a la semana	3.9561	.84479	97
	A diario	4.0224	.85275	72
	Total	3.9290	.88040	275
Apoyo social afectivo-Duke	Nunca u ocasionalmente	3.6997	1.18262	53
	Varias veces al mes	4.1635	.92421	53
	Varias veces a la semana	4.1057	.87438	97
	A diario	4.1088	.92666	72
	Total	4.0394	.97264	275

Nota: N=Tamaño muestral.

Tabla 109. Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de Nietos recodificada.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
	Traza de Pillai	.059	1.815	9.000	813.000	.062	.020
Cuidado Nietos	Lambda de Wilks	.941	1.836	9.000	654.826	.059	.020
Recodificada	Traza de Hotelling	.062	1.852	9.000	803.000	.056	.020
	Raíz mayor de Roy	.058	5.216 <sup>c</sup>	3.000	271.000	.002	.055

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Aunque los efectos multivariantes han resultado ser no significativos, se realizaron ANOVAs de continuación para poner a prueba los efectos principales del Cuidado de nietos recodificada sobre cada variable dependiente por separado, seguidas de las necesarias pruebas a posteriori (ver Tabla 110). Los análisis revelan la existencia de efectos directos del Cuidado

de nietos sobre las variables dependientes analizadas individualmente y no corroboran la ausencia de efectos globales hallados en el MANOVA anterior dado que revelan que hay diferencias significativas en las variables Red Social de Lubben ( $F(3,819) = 4.457$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .047$ ) y en el factor Apoyo social afectivo ( $F(3,819) = 2.768$ ;  $p = .042$ ;  $\eta^2 = .030$ ). Aunque los tamaños del efecto muestran unas asociaciones modestas en la explicación total de la varianza (4.7% y 3% respectivamente).

Tabla 110. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función del Cuidado de nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Cuidado Nietos Recodificada	Red social y estructural-Lubben	9.873	3	3.291	4.457	.004	.047
	Apoyo social confidencial-Duke	4.878	3	1.626	2.124	.098	.023
	Apoyo social afectivo-Duke	7.706	3	2.569	2.768	.042	.030

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial

Una vez comprobado que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas con la prueba de Contraste de Levene, observando además que todos los valores de  $p$  (significación) de las variables han resultado ser mayores de .05 (Red social:  $p = .933$ ; Apoyo social confidencial:  $p = .243$  y Apoyo social afectivo:  $p = .066$ ), procedemos a aplicar la prueba DHS de Tukey para los análisis post-hoc de comparaciones múltiples y así determinar entre qué grupos se encuentran las diferencias estadísticamente significativas detectadas con los ANOVAs anteriores. En las diferencias de medias y desviaciones típicas (Tabla 108 de descriptivos) y en los gráficos (Figura 36 y 37) correspondientes podemos observar que estas diferencias en cuanto a la Red social se encuentran entre la condición de “Nunca” y “Varias veces al mes” ( $DM = -.539$ ;  $p = .007$ ) y la condición de “Nunca” y “A diario” ( $DM = -.493$ ;  $p = .009$ ), es decir las personas que no cuidan nunca a sus nietos (o si lo hacen es muy esporádicamente tan solo alguna vez al año), perciben una menor red social que los que son cuidadores de sus nietos a diario y/o se encargan del cuidado de sus nietos varias veces al mes. Para el factor Apoyo social afectivo, las pruebas post-hoc no informan exactamente entre qué grupos se dan las diferencias significativas pues los valores de  $p$  no han dado significativos, aunque en la Tabla 108 donde se muestran las medias y desviaciones típicas que se han obtenido para estas variables, podemos comprobar que la tendencia es que las personas mayores que cuidan a sus nietos varias veces al mes perciben mayor apoyo social

afectivo y por consiguiente, más expresiones y demostraciones afectivas que las personas mayores que nunca u ocasionalmente cuidan de sus nietos. Por lo tanto, el Cuidado de nietos parece importante en la percepción de una mayor Red social y de un mayor Apoyo social afectivo, en especial cuando este cuidado no es realizado diariamente y por lo tanto no implica una dedicación u obligaciones o responsabilidades diarias, en cambio el no cuidar a los nietos implica todo lo contrario, una menor percepción de Red social y menor percepción subjetiva de Apoyo social afectivo y de demostraciones de cariño y empatía de los demás.

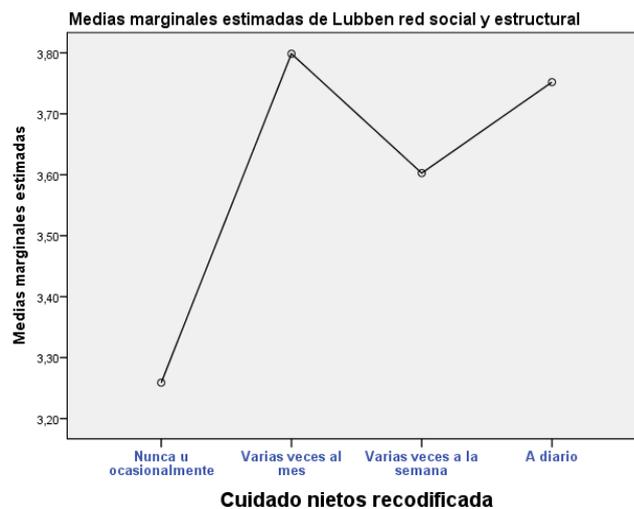


Figura 36. Medias entre frecuencia de Cuidado de Nietos y Red social.

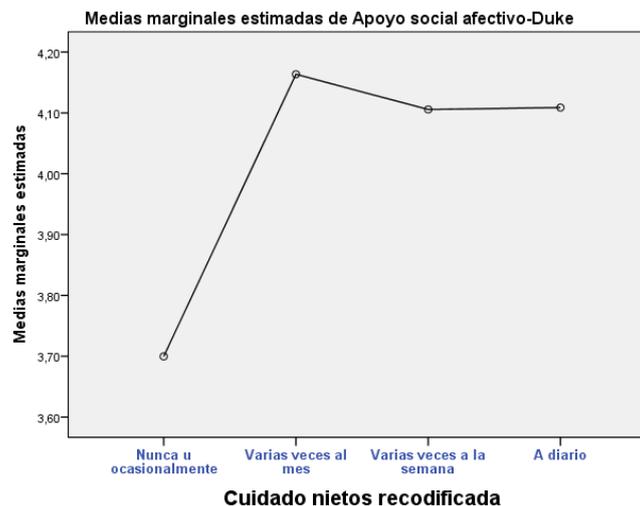


Figura 37. Medias entre frecuencia de Cuidado de Nietos y Apoyo social afectivo.

En conclusión, a pesar de que no se han encontrado efectos multivariados significativos en las variables que miden los Recursos Sociales en función del Cuidado de nietos (recodificada), sí que se han encontrado efectos directos de esta variable independiente sobre

las dependientes, en concreto, sobre la Red social y el Apoyo social afectivo: los resultados informan que las personas que “Nunca” cuidan de sus nietos perciben una menor Red social y un menor Apoyo social afectivo con respecto a los que cuidan “Varias veces al mes”. Pero, a pesar de ello, podemos decir que el MANOVA es la prueba más eficaz para encontrar las diferencias entre las variables, ya que controla la tasa de error, pues la probabilidad de rechazar de manera incorrecta la hipótesis nula aumenta con cada ANOVA sucesivo, además de que este análisis de ANOVA no detectará patrones multivariados cuando las variables dependientes están correlacionadas (como es el caso). En suma, una vez realizado estos análisis podemos decir que no existen diferencias significativas en apoyo o Recursos sociales en función del Cuidado de nietos a nivel global.

### ***9.3.3.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Igualmente, con el propósito de comprobar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes que evalúan el Bienestar y la Satisfacción en función de la frecuencia del Cuidado a nietos, se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es el Cuidado a nietos Recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en cada factor o dimensión de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y de la Escala Temporal de la Satisfacción con la vida. A continuación, en la Tabla 111, se presentan los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas, obtenidos en las escalas separando dichos valores en base a la frecuencia de realización de la actividad de Cuidado a nietos, es decir: “A diario”, “Semanalmente”, “Mensualmente”, “Nunca-ocasionalmente”. Observamos que, en primer lugar, en cuanto al Bienestar Psicológico, las puntuaciones medias más altas para el factor Autonomía se da para las personas que cuidan a los nietos “Varias veces al mes” ( $M= 3.58$ ;  $DT = .57$ ). Para el factor Dominio del Entorno del Bienestar Psicológico, las puntuaciones medias más elevadas las obtienen las personas que informan de que “Nunca u ocasionalmente” realizan la tarea de cuidar a los nietos ( $M=3.54$ ;  $DT = .47$ ) y también para las personas que cuidan “Varias veces al mes” a sus nietos ( $M= 3.54$ ;  $DT = .53$ ). Para el Crecimiento Personal, las personas que cuidan a sus nietos “Varias veces a la semana” son las que más puntúan de media más en esta dimensión del Bienestar ( $M= 3.92$ ;  $DT = .58$ ). En cuanto al componente Relaciones positivas con los demás, las puntuaciones más altas son para los cuidadores de nietos que realizan dicha “Varias veces a la semana” ( $M= 3.61$ ;  $DT = .67$ ). Para la dimensión que evalúa el Propósito de

vida de la escala de Bienestar Psicológicos de Ryff, los valores más elevados las obtienen los cuidadores que cuidan a los nietos “Varias veces a la semana” ( $M= 3.42$ ;  $DT = .60$ ). Y finalmente, para el factor Autoaceptación, las puntuaciones medias más altas las obtienen las personas que cuidan “A diario” a los nietos ( $M= 3.68$ ;  $DT = .61$ ).

En segundo lugar, para la variable dependiente Satisfacción con la vida, en concreto para la dimensión temporal de la Satisfacción con la vida pasada, la puntuación media más elevada la obtienen los cuidadores de nietos que realizan dicha actividad “Diariamente” ( $M= 3.69$ ;  $DT=.97$ ). Para el factor de la Satisfacción de la vida presente, de nuevo, las puntuaciones medias más altas las registran las personas que cuidan “Diariamente” a sus nietos ( $M= 4.09$ ;  $DT= .81$ ). Finalmente, para el componente de Satisfacción con la vida futura ( $M= 3.77$ ;  $DT=.62$ ), las personas que informan de que cuidan “A diario” a sus nietos obtienen también puntuaciones medias más altas en esta dimensión.

Tras presentar los análisis descriptivos previos y que nos permiten explorar la tendencia de respuesta en las puntuaciones obtenidas por los participantes, a continuación, después de realizar el MANOVA (los resultados aparecen en la Tabla 112) y en base al criterio de Pillai, el Cuidado a los nietos (recodificada) afecta significativamente a la combinación de variables dependientes: Traza de Pillai = .148;  $F(27,792) = 1.522$ ;  $p = .044$ ;  $\eta^2 = .049$ . Es decir, el Cuidado de nietos afecta significativamente al Bienestar y a la Satisfacción Vital conjuntamente. El tamaño del efecto, aunque modesto, del Cuidado a nietos sobre la variabilidad en las variables dependientes es de 4.9%.

Una vez realizado el MANOVA en el que sale un efecto multivariado significativo, a continuación, los ANOVAs de seguimiento que se muestran en la siguiente Tabla 113, muestran que hay diferencias significativas en función del Cuidado a nietos (recodificada) en Satisfacción con la vida pasada ( $F(3,816) = 4.179$ ;  $p = .006$ ;  $\eta^2 = .044$ ), en Satisfacción con la vida presente ( $F(3,816) = 5.111$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .054$ ) y en Satisfacción con la vida futura ( $F(3,816)=2.822$ ;  $p = .039$ ;  $\eta^2 = .030$ ). Los tamaños del efecto del Cuidado a los nietos en estas variables muestran una explicación modesta de la varianza, llegando a ser como máximo un 5.4% del total en la variable Satisfacción con la vida presente, 4.4% en el factor Satisfacción con la vida pasada y un 3% en Satisfacción con la vida futura. Las medias y las desviaciones típicas sobre la frecuencia de realización de la actividad de Cuidado a los nietos recodificadas están en la Tabla 111. En general podemos apreciar que las personas que cuidan

a los nietos “A diario” obtienen puntuaciones medias más altas en Satisfacción con la vida en general, tanto pasada, presente como futura, que en las demás condiciones de cuidado.

Tabla 111. *Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de nietos recodificada.*

VARIABLES	Cuidado nietos recodificada	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.4771	.60094	51
	Varias veces al mes	3.5802	.57983	54
	Varias veces a la semana	3.5000	.55067	97
	A diario	3.5370	.47325	72
	Total	3.5213	.54550	274
Environmental Mastery Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.5490	.47527	51
	Varias veces al mes	3.5401	.53292	54
	Varias veces a la semana	3.5137	.56605	97
	A diario	3.5324	.55003	72
	Total	3.5304	.53670	274
Personal Growth Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.8170	.50909	51
	Varias veces al mes	3.7840	.58692	54
	Varias veces a la semana	3.9210	.58089	97
	A diario	3.8148	.57297	72
	Total	3.8467	.56706	274
Positive relations Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.5915	1.61084	51
	Varias veces al mes	3.5988	.63156	54
	Varias veces a la semana	3.6168	.67878	97
	A diario	3.5139	.74837	72
	Total	3.5815	.92848	274
Purpose in life Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.3922	.51943	51
	Varias veces al mes	3.2870	.74283	54
	Varias veces a la semana	3.4227	.60384	97
	A diario	3.1481	.72273	72
	Total	3.3181	.65827	274
Self acceptance Ryff	Nunca u ocasionalmente	3.5359	.67685	51
	Varias veces al mes	3.5586	.69073	54
	Varias veces a la semana	3.6220	.65903	97
	A diario	3.6806	.61141	72
	Total	3.6089	.65528	274
Satisfacción Vida Pasada	Nunca u ocasionalmente	3.1412	.75291	51
	Varias veces al mes	3.3972	.94865	54
	Varias veces a la semana	3.5299	.82518	97
	A diario	3.6931	.97884	72
	Total	3.4743	.89598	274
Satisfacción Vida Presente	Nunca u ocasionalmente	3.5010	.91304	51
	Varias veces al mes	3.8046	.73819	54
	Varias veces a la semana	3.8459	.83287	97
	A diario	4.0917	.81875	72
	Total	3.8381	.84568	274
Satisfacción Vida Futura	Nunca u ocasionalmente	3.4791	.79215	51
	Varias veces al mes	3.5472	.65159	54
	Varias veces a la semana	3.5033	.67868	97
	A diario	3.7769	.62231	72
	Total	3.5793	.68882	274

Nota: N=Tamaño muestral, Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 112. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Traza de Pillai	.148	1.522	27.000	792.000	.044	.049
Cuidado Nietos	Lambda de Wilks	.857	1.537	27.000	765.817	.041	.050
Recodificada	Traza de Hotelling	.161	1.551	27.000	782.000	.037	.051
	Raíz mayor de Roy	.110	3.224 <sup>c</sup>	9.000	264.000	.001	.099

.Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Por otro lado, también se encontraron diferencias significativas en función del Cuidado de nietos (recodificada) en el factor Propósito de vida de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff:  $F(3,816) = 2.722$ ;  $p = .045$ ;  $\eta^2 = .029$ . Aunque el tamaño de efecto en este caso es más pequeño que para Satisfacción, pues es sólo del 2.9% en la varianza explicada. En general podemos apreciar que las personas que cuidan a los nietos con una frecuencia semanal (frecuencia que no tiene tanta intensidad como puede ser el cuidado diario) obtienen puntuaciones medias más altas en este factor.

Tabla 113. *ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función del Cuidado de nietos recodificada.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Autonomía Ryff	.349	3	.116	.388	.762	.004
	Environmental Mastery Ryff	.050	3	.017	.057	.982	.001
	Personal Growth Ryff	.866	3	.289	.896	.443	.010
	Positive relations Ryff	.471	3	.157	.181	.909	.002
Cuidado Nietos	Purpose in life Ryff	3.472	3	1.157	2.722	.045	.029
Recodificada	Self acceptance Ryff	.794	3	.265	.614	.607	.007
	Satisfacción Vida Pasada	9.726	3	3.242	4.179	.006	.044
	Satisfacción Vida Presente	10.492	3	3.497	5.111	.002	.054
	Satisfacción Vida Futura	3.938	3	1.313	2.822	.039	.030

.Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Seguidamente, con el fin de determinar exactamente entre qué grupos de medias se encuentran estas diferencias estadísticamente significativas detectadas mediante el ANOVA,

se realizarán como pruebas post hoc las comparaciones múltiples. Según hemos comprobado mediante la prueba de Levene sobre la igualdad de varianzas, todas las variables a excepción del factor Propósito de vida (Levene (3, 270)= 2.672,  $p = .048$ ) de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, han obtenido valores de  $p > .05$ . El resto de variables cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas pues los valores obtenidos de  $p$  no son significativos y por esta razón aplicamos la prueba DHS de Tukey y para la variable Propósito de vida que no cumple con el supuesto de homogeneidad de varianzas, aplicaremos la prueba de Games-Howell.

Respecto al factor Propósito de vida, que hace referencia a llevar un rumbo en la vida; en otras palabras, la sensación de que el pasado y el presente tienen sentido, los resultados que se obtuvieron revelaron que las personas que cuidan a sus nietos “A diario” informan de un menor propósito en la vida frente a las personas que cuidan a sus nietos “Varias veces a la semana” y por tanto con menos intensidad (DM= -.274;  $p=.001$ ). En este sentido el Cuidado de nietos frecuente, aunque no tan intenso y obligatorio como lo puede ser a diario, influye positivamente en la determinación de objetivos vitales y en la sensación de llevar un rumbo. En cambio el Cuidado de nietos realizado diariamente afecta negativamente en el Propósito de vida e influye en la sensación de estar sin rumbo, pues dificulta el planteamiento de metas y objetivos personales a largo plazo.

Por otra parte, respecto a la Satisfacción con la vida pasada, las diferencias estadísticamente significativas se dan entre las personas que “Nunca” cuidan a los nietos, los cuales informan de menor Satisfacción vital en el pasado que aquellas personas que cuidan a sus nietos diariamente (DM= -.551;  $p = .004$ ). También hay diferencias significativas en la Satisfacción vital presente entre las personas que “Nunca”, o tan solo cuidan ocasionalmente alguna vez al año, frente a las que lo hacen o cuidan “Diariamente” (DM= -.590;  $p = .001$ ). Podríamos decir que estos últimos se sienten más satisfechos con su vida en la actualidad. Finalmente, también se encontraron diferencias significativas (aunque marginales) en la Satisfacción vital futura entre las personas que cuidan a sus nietos “Varias veces a la semana” y las que lo hacen “A diario” (DM= -.273;  $p = .051$ ), parece ser que el cuidado diario influye también de forma positiva en la Satisfacción vital futura. Estas diferencias se pueden ver con más claridad en los gráficos de las Figuras 38 y 39 que se muestran a continuación.

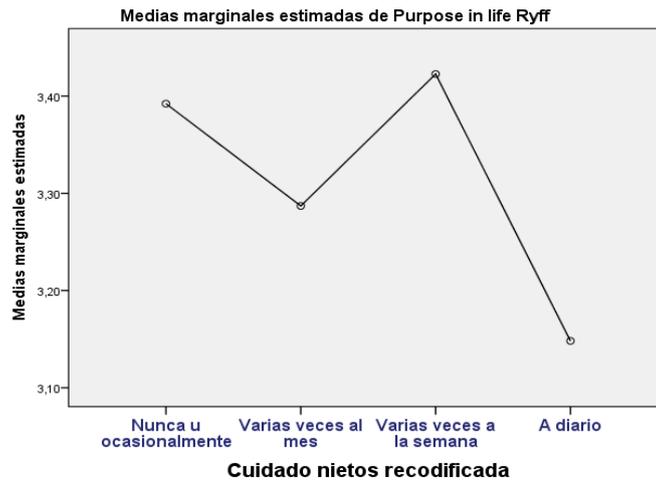


Figura 38. Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y el factor Propósito de vida (Ryff).

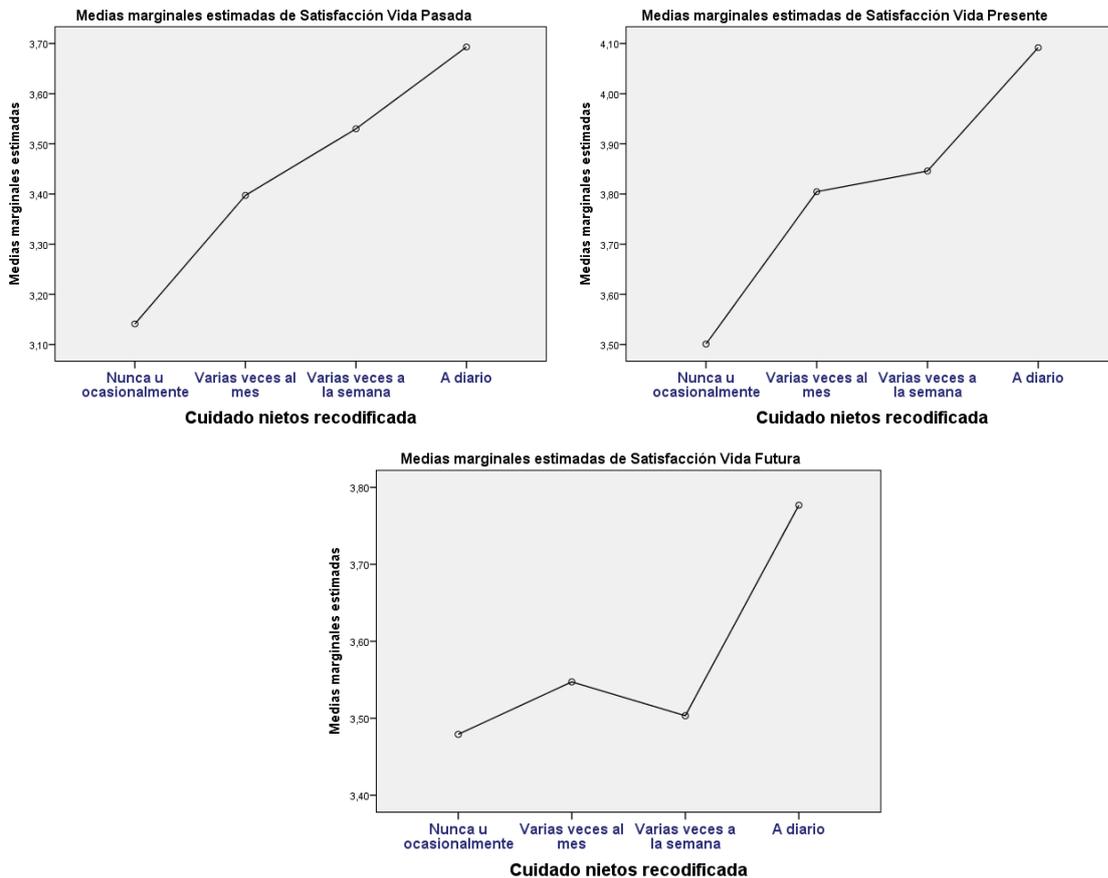


Figura 39. Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Satisfacción con la vida Presente, Pasada y Futura.

### 9.3.3.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado

Con el propósito de indagar sobre la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en el conjunto de variables dependientes que evalúan aspectos de la Salud: Salud percibida, Autocuidado y Depresión, en función del Cuidado a nietos, se aplicó un MANOVA donde el factor o variable independiente es el Cuidado de Nietos recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en las escalas que evalúan dichos constructos.

Para ello, se presenta en primer lugar en la Tabla 114, los análisis descriptivos, medias y desviaciones típicas obtenidas en las escalas, separando estos valores según las condiciones o categorías que se han medido para determinar la frecuencia en la que se realiza la actividad de Cuidado de nietos: “Nunca-ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”. De manera concisa, observamos que en cuanto a la Salud percibida las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que informan de que cuidan “A diario” a los nietos ( $M= 4.09$ ;  $DT = .59$ ), frente a aquellas personas que prácticamente informan de que “Nunca” cuidan a los nietos o a lo sumo algunas veces al año ( $M= 3.94$ ;  $DT=.62$ ). En cuanto a la variable Autocuidado, concretamente para el factor Autocuidado físico, las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que cuidan “Diariamente” a sus nietos ( $M= 4.02$ ;  $DT = .60$ ), en contraposición de los que cuidan “Varias veces al mes” ( $M= 3.84$ ;  $DT = .67$ ). Para el componente Autocuidado social, las medias son más altas para las personas que cuidan “A diario” de los nietos ( $M= 4.24$ ;  $DT = .51$ ), en cambio los que “Nunca” cuidan o si lo hacen sólo es alguna vez al año, registran valores más pequeños ( $M= 3.83$ ;  $DT = .72$ ). Finalmente para la dimensión Autocuidado interno, las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que realizan dicha actividad de cuidado de nietos “A diario” ( $M= 3.69$ ;  $DT = .86$ ), frente a la personas cuidadoras que lo hacen “Varias a la semana” ( $M= 3.14$ ;  $DT = .94$ ). Por último, la medias obtenidas para la variable dependiente Depresión informan de que las puntuaciones más altas en sintomatología depresiva las registran las personas que “Nunca u ocasionalmente” cuidan a los nietos ( $M=1.87$ ;  $DT = .82$ ), y en cambio, los que informan de menor sintomatología depresiva son las personas que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M= 1.59$ ;  $DT = .73$ ).

En segundo lugar, el análisis multivariante de la varianza realizado (MANOVA), cuyos resultados aparecen en la Tabla 115, evidencia la existencia de diferencias significativas en el conjunto de variables en función del Cuidado a nietos recodificada (Traza de Pillai = .121;

$F(15, 786) = 2.194; p = .005; \eta^2 = .040$ ). Los resultados reflejan una modesta asociación entre el Cuidado a nietos y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .040, es decir el tamaño del efecto del Cuidado de nietos sobre las variables dependientes explican el 4% de la varianza explicada en dichas variables que hacen referencia al bloque de Salud.

Tabla 114. *Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada.*

Variabes	Cuidado nietos recodificada	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Nunca u ocasionalmente	3.9428	.62692	51
	Varias veces al mes	4.0753	.60081	53
	Varias veces a la semana	4.0419	.65094	95
	A diario	4.0999	.59388	69
	Total	4.0446	.62118	268
Self Care-physical	Nunca u ocasionalmente	3.9020	.82541	51
	Varias veces al mes	3.8428	.67099	53
	Varias veces a la semana	3.8807	.65759	95
	A diario	4.0217	.60087	69
	Total	3.9136	.68109	268
Self Care-social	Nunca u ocasionalmente	3.8399	.72951	51
	Varias veces al mes	4.0283	.62509	53
	Varias veces a la semana	3.9772	.57510	95
	A diario	4.2415	.51730	69
	Total	4.0292	.61629	268
Self Care-internal	Nunca u ocasionalmente	3.2484	.82420	51
	Varias veces al mes	3.1950	1.06304	53
	Varias veces a la semana	3.1404	.94760	95
	A diario	3.6908	.86000	69
	Total	3.3134	.95018	268
Depresión	Nunca u ocasionalmente	1.8744	.82140	51
	Varias veces al mes	1.8059	.81782	53
	Varias veces a la semana	1.5967	.73622	95
	A diario	1.7595	.77644	69
	Total	1.7329	.78271	268

Nota: N=Tamaño muestral; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Una vez que el MANOVA ha resultado estadísticamente significativo, pasamos a analizar este efecto global, pero variable a variable, mediante los correspondientes ANOVAs de continuación (ver Tabla 116). Los análisis muestran que existen diferencias significativas en Autocuidado social ( $F(3,798) = 4.753; p = .003; \eta^2 = .051$ ) y en Autocuidado interno ( $F(3,798)=5.275; p = .002; \eta^2 = .057$ ). Los tamaños del efecto del Cuidado de los nietos (recodificada) para estas dos variables, muestran una explicación modesta o pequeña de la varianza, llegando a ser como máximo un 5.7% del total en el Autocuidado interno y de un 5.1% en Autocuidado social. Las medias y las desviaciones típicas obtenidas para la frecuencia en el Cuidado a nietos se presentan en la Tabla 114. En general podemos apreciar

que las personas que cuidan “A diario” de sus nietos obtienen puntuaciones medias más elevadas que el resto en estos dos factores de Autocuidado.

Tabla 115. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Traza de Pillai	.121	2.194	15.000	786.000	.005	.040
Cuidado Nietos	Lambda de Wilks	.883	2.214	15.000	718.147	.005	.041
Recodificada	Traza de Hotelling	.129	2.229	15.000	776.000	.005	.041
	Raíz mayor de Roy	.094	4.926 <sup>c</sup>	5.000	262.000	.000	.086

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Tabla 116. *ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función del Cuidado de nietos recodificada.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
	Perceived Health	.790	3	.263	.680	.565	.008
Cuidado Nietos	Self Care-physical	1.183	3	.394	.848	.469	.010
Recodificada	Self Care-social	5.196	3	1.732	4.753	.003	.051
	Self Care-internal	13.633	3	4.544	5.275	.002	.057
	Depresión	3.114	3	1.038	1.708	.166	.019

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Realizamos comparaciones múltiples con el fin de realizar un análisis más exhaustivo, dado que permite realizar todas las comparaciones posibles entre los pares de medias que tiene el diseño de investigación, en este caso entre todas las condiciones que presenta la variable independiente Cuidado de nietos (recodificada en cuatro categorías). En cuanto a la prueba de Levene sobre la igualdad de varianzas, podemos apreciar que todas las variables y factores cumplen el supuesto de homogeneidad de varianzas dado que ningún valor ha dado significativo, por lo tanto aplicamos la prueba DHS de Tukey (Salud percibida:  $p = .754$ , Autocuidado físico:  $p = .083$ , Autocuidado social:  $p = .097$ ; Autocuidado interno:  $p = .198$  y Depresión:  $p = .412$ ). Encontramos diferencias significativas en las medias de Autocuidado social entre las personas que “Nunca” cuidan a los nietos (u ocasionalmente alguna vez al año) y las que los cuidan “A diario” ( $DM = -.401$ ;  $p = .002$ ), parece ser que las personas que

cuidan a diario a sus nietos llevan a cabo en mayor medida conductas de autocuidado para mantener y cuidar sus relaciones sociales. Además, también se encontraron diferencias significativas entre las personas que cuidan a sus nietos “Diariamente” y las que lo hacen “Varias veces a la semana” ( $DM = .264$ ;  $p = .031$ ), de modo que el hecho de cuidar diariamente a los nietos ayuda a implementar en las personas mayores más comportamientos o conductas relacionados con el Autocuidado social. Por otra parte, para el factor Autocuidado interno se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre las personas que cuidan a los nietos “A diario” y las que lo hacen con una frecuencia mensual ( $DM = .495$ ;  $p = .019$ ), y entre los que cuidan “Varias veces a la semana” y los que lo hacen “A diario” ( $DM = -.550$ ;  $p = .001$ ). Además entre los cuidadores de nietos que realizan dicha actividad diariamente y los que “Nunca” cuidan a sus nietos, se observa una diferencia que ha resultado ser marginalmente significativa ( $DM = .442$ ;  $p = .051$ ). Estos resultados aportan un mayor conocimiento sobre aspectos del cuidado, ya que se ha comprobado que las personas que generalmente cuidan a diario de los nietos implementan mayores conductas o comportamientos relacionados con el autocuidado interno que les beneficia para mantener el equilibrio mental y emocional. Estas diferencias se pueden ver con más claridad en los gráficos de las Figuras 40 y 41.

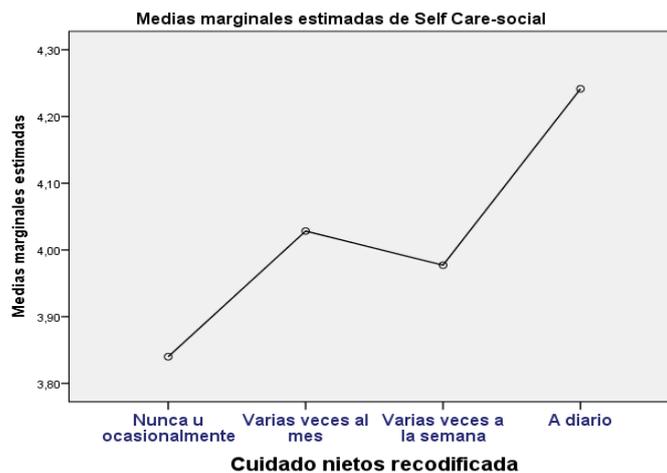


Figura 40. Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Autocuidado social.

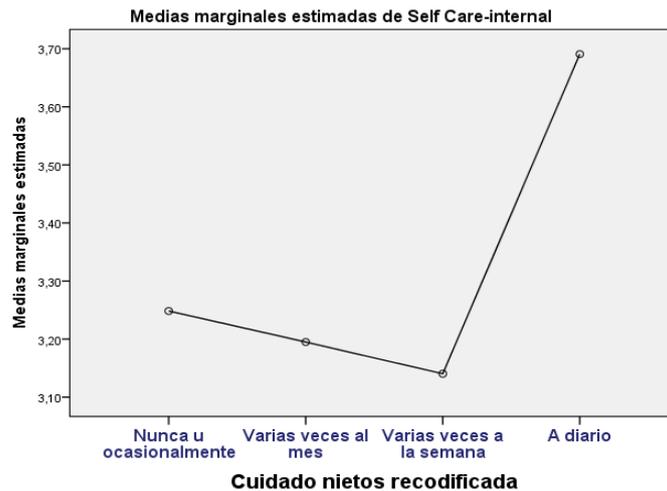


Figura 41. Medias entre frecuencia de Cuidado de nietos y Autocuidado interno.

En síntesis, los resultados demuestran que el Cuidado de nietos diario, es decir, cuando el cuidado es intenso y con una frecuencia temporal elevada, supone una ventaja para que las personas mayores implementen más conductas de autocuidado social e interno, que promuevan su salud y bienestar, especialmente ayuda a efectuar comportamientos que facilitan el establecimiento o el mantenimientos de las relaciones o vínculos sociales y también de conductas que permiten el autocuidado interno, facilitando así, el equilibrio a nivel mental, emocional y espiritual. Sobretudo estas diferencias significativas son más acentuadas entre las personas que cuidan “A diario” y las que “Nunca” cuidan de sus nietos o en su caso, si lo hacen, es tan ocasional o espaciado en el tiempo que prácticamente se considera que el contacto es muy puntual. En éstas últimas se evidencia un menor uso de comportamientos de autocuidado en general, pero en concreto en autocuidado social e interno.

#### 9. 3.3.4. Soledad y Aislamiento Social

Para terminar los análisis referentes al Cuidado de nietos se expondrán los resultados respecto a si existen o no diferencias significativas en el conjunto de variables dependientes: Soledad y Aislamiento social analizadas globalmente, en función del Cuidado de nietos. Para ello se realizó un análisis multivariante de la varianza (MANOVA), donde el factor o variable independiente es la situación de Cuidado de nietos recodificada y las variables dependientes son las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Soledad DJGLS y en la Escala de Soledad UCLA 3.

En la siguiente Tabla 117 se muestran las medias y desviaciones típicas separadas según las condiciones de frecuencia del Cuidado de nietos obtenidos en ambas escalas: “Nunca”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”. En síntesis, se observa que para el factor Soledad social (DJGLS), las personas que “Nunca” cuidan a nietos obtienen puntuaciones medias más altas ( $M = .67$ ;  $DT = .52$ ), en cambio las personas cuidadoras que lo son “Varias veces al mes” obtienen puntuaciones medias más bajas en este factor ( $M = .46$ ;  $DT = .37$ ). Para el componente Soledad emocional (DJGLS) las puntuaciones medias más elevadas las registran las personas que “Nunca” cuidan de sus nietos ( $M = .45$ ;  $DT = .52$ ), frente a las personas que cuidan a nietos “Diariamente” ( $M = .37$ ;  $DT = .41$ ). En cuanto al factor Aislamiento de la Escala de Soledad UCLA-3 (escala que evalúa la disponibilidad de apoyo e integración social) las medias son más altas para las personas que “Nunca” realizan tareas de cuidado a nietos ( $M = 1.02$ ;  $DT = .64$ ), frente a las personas que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = .92$ ;  $DT = .57$ ), las cuales informan de menores valores y de menor percepción de aislamiento. Para el componente Rasgo soledad de la UCLA-3, las puntuaciones más altas las registran las personas que “Nunca” cuidan a nietos ( $M = .96$ ;  $DT = .54$ ) en contraposición de las que informan de que cuidan “Varias veces al mes” ( $M = .80$ ;  $DT = .45$ ). Por último, para el factor de la UCLA-3 Conexión social, de nuevo las medias son más altas para el grupo de cuidadores que señalan que “Nunca” realizan actividades de cuidado de nietos, o bien si lo hacen, es de forma muy puntual u ocasionalmente tan sólo alguna vez al año ( $M = .72$ ;  $DT = .52$ ), y en cambio puntúan menos en este factor aquellos que cuidan “Varias veces al mes” ( $M = .46$ ;  $DT = .35$ ).

El MANOVA realizado (ver Tabla 118), demuestra que no hay diferencias significativas en el conjunto de variables relacionadas con la Soledad y el Aislamiento en función del Cuidado de nietos recodificada (Traza de Pillai = .088;  $F(15,810) = 1.441$ ;  $p = .059$ ;  $\eta^2 = .029$ ). Los resultados reflejan una muy baja asociación entre el Cuidado de Nietos y la combinación de variables dependientes, con una  $\eta^2$  parcial de .029, es decir el tamaño del efecto del Cuidado a nietos sobre las variables dependiente explica 2.9% de la varianza explicada en dichas variables que hacen referencia al bloque de Soledad.

Tabla 117. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada.

VARIABLES	Cuidado nietos recodificada	Media	Desviación típica	N
Soledad Social DJGLS	Nunca u ocasionalmente	.6772	.52580	54
	Varias veces al mes	.4655	.37129	55
	Varias veces a la semana	.5531	.46356	96
	A diario	.4993	.42816	71
	Total	.5461	.45443	276
Soledad Emocional DJGLS	Nunca u ocasionalmente	.4568	.52957	54
	Varias veces al mes	.3782	.41565	55
	Varias veces a la semana	.3955	.46828	96
	A diario	.3725	.41784	71
	Total	.3981	.45727	276
Aislamiento UCLA 3	Nunca u ocasionalmente	1.0211	.64360	54
	Varias veces al mes	.9732	.55403	55
	Varias veces a la semana	.9215	.57231	96
	A diario	.9399	.55771	71
	Total	.9560	.57776	276
Rasgo Soledad UCLA 3	Nunca u ocasionalmente	.9676	.54954	54
	Varias veces al mes	.8076	.45781	55
	Varias veces a la semana	.8941	.55018	96
	A diario	.9190	.44163	71
	Total	.8976	.50624	276
Conexión social UCLA 3	Nunca u ocasionalmente	.7275	.52141	54
	Varias veces al mes	.4632	.35169	55
	Varias veces a la semana	.6334	.41422	96
	A diario	.5585	.38723	71
	Total	.5986	.42649	276

Nota: N=Tamaño muestral.

A pesar de haber realizado un MANOVA en el que obtenemos un efecto multivariado no significativo en cuanto a la Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado a Nietos, el valor de significación obtenido es un valor marginal, pues se acerca al nivel crítico de significación establecido, y por ello se han calculado análisis univariantes, es decir, los ANOVAs de continuación para esta prueba, que se muestran en la Tabla 119.

Tabla 118. Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
Traza de Pillai	.088	1.635	15.000	810.000	.059	.029	
Cuidado Nietos Recodificada	Lambda de Wilks	.913	1.659	15.000	740.231	.054	.030
Traza de Hotelling	.095	1.681	15.000	800.000	.050	.031	
Raíz mayor de Roy	.082	4.449 <sup>c</sup>	5.000	270.000	.001	.076	

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

Los resultados de dichos análisis corroboran los hallados en el MANOVA anterior, pues revelan que no hay diferencias significativas en función de la situación de Cuidado a nietos (recodificada) en cada variable por separado, es decir, no hay efectos directos del Cuidado sobre las variables analizadas una a una, a excepción del factor Conexión social de la Escala UCLA-3 ( $F(3,822) = 4.045$ ;  $p = .008$ ;  $\eta^2 = .043$ ). Siendo el tamaño del efecto sobre este factor del 4.3% en la varianza explicada. Por consiguiente, podemos afirmar que en general, el Cuidado a los nietos, ya sea, diariamente, semanalmente, mensualmente, o nunca, no influye de manera directa en la percepción de Soledad y Aislamiento. Aunque se ha detectado un patrón univariado de efectos principales del Cuidado de nietos sobre la Conexión social (UCLA-3). En líneas generales, y en base a la Tabla 117 presentada anteriormente de descriptivos, las personas mayores que “Nunca u ocasionalmente” cuidan de nietos puntúan más en este factor de la UCLA-3 en donde se han detectado efectos principales, frente a los que cuidan “Varias veces al mes” o “A diario”.

Tabla 119. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función del Cuidado de nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Cuidado Nietos Recodificada	Soledad Social DJGLS	1.446	3	.482	2.368	.071	.025
	Soledad Emocional DJGLS	.255	3	.085	.404	.750	.004
	Aislamiento UCLA 3	.378	3	.126	.375	.771	.004
	Rasgo Soledad UCLA 3	.744	3	.248	.967	.409	.011
	Conexión social UCLA 3	2.136	3	.712	4.045	.008	.043

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial.

### 9.3.3.5. Resumen de los resultados obtenidos en el análisis diferencial en función del Cuidado de Nietos recodificada

Dado que se han obtenido diversos resultados interesantes en los análisis multivariantes previos, a continuación con el fin de profundizar y sintetizar en qué medida el Cuidado de Nietos puede influir de forma negativa o positiva en el envejecimiento con éxito, se ha procedido a resumir dichos resultados en una tabla (ver Tabla 120), para que estos sean más claros, comprensibles y poder así llegar a conclusiones más firmes.

Tabla 120. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Cuidado de nietos recodificada.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en Cuidado Nietos
<b>Cuidado de Nietos Recodificada</b> (Nunca-ocasionalmente, Varias veces al mes, Varias veces a la semana, A diario)	<b>Recursos Sociales</b>	Traza de Pillai =.059 $F_{9,813} = 1.850$ ; $p = .062$ ; $\eta^2 = .020$	<b>Red Social</b> ( $F_{3,819} = 4.457$ ; $p = .004$ ; $\eta^2 = .047$ )  <b>Apoyo social afectivo</b> ( $F_{3,819} = 2.768$ ; $p = .042$ ; $\eta^2 = .030$ )	a)“Nunca” y “Varias veces al mes” (DM = -.5397; $p = .007$ ) b)“Nunca” y “A diario” (DM = -.4931; $p = .009$ )  No	Las personas que nunca cuidan < Red social  Las personas que nunca cuidan < Apoyo social afectivo
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	Traza de Pillai =.148 $F_{27,792} = 1.522$ ; $p = .044$ ; $\eta^2 = .049$	<b>Propósito de vida</b> ( $F_{3,816} = 2.722$ ; $p = .045$ ; $\eta^2 = .029$ ) <b>Satisfacción con la vida pasada</b> ( $F_{3,816} = 4.179$ ; $p = .006$ ; $\eta^2 = .044$ ) <b>Satisfacción con la vida presente</b> ( $F_{3,816} = 5.111$ ; $p = .002$ ; $\eta^2 = .054$ ) <b>Satisfacción con la vida futura</b> ( $F_{3,816} = 2.822$ ; $p = .039$ ; $\eta^2 = .030$ ).	“A diario” y “Varias veces a la semana” (DM= -.2745; $p = .001$ )  “Nunca” y “A diario” (DM= -.5519; $p = .004$ )  “Nunca” y “A diario” (DM= -.5907; $p = .001$ )  “Varias veces a la semana” y “A diario” (DM= -.2736; $p = .051$ )	Las persona que cuidan a diario < Propósito de vida  Las personas que nunca cuidan de nietos < Satisfacción vida pasada  Las personas que nunca cuidan de nietos < Satisfacción vida presente  El cuidado varias veces a la semana < Satisfacción con la vida Futura

Nota: F= resultado de la prueba F;  $p$  = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM= diferencia de medias; > =mayor; < =menor.

Tabla 120. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función del Cuidado de nietos recodificada.

**Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del cuidado y diferencias por sexo/género**

*Tesis Doctoral* Manuela Torregrosa Ruiz

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en Cuidado Nietos
<b>Cuidado de Nietos Recodificada</b> (Nunca-ocasionalmente, Varias veces al mes, Varias veces a la semana, A diario)	<b>Salud</b>	Traza de Pillai =.121; $F_{15, 786} = 2.194$ ; $p = .005$ ; $\eta^2 = .040$	<p align="center"><b>Autocuidado social</b></p> $(F_{3,798} = 4.753$ ; $p = .003$ ; $\eta^2 = .051)$ <p align="center"><b>Autocuidado interno</b></p> $(F_{3,798} = 5.275$ ; $p = .002$ ; $\eta^2 = .057)$	a)“Nunca” y “A diario” (DM = -.4017; $p = .002$ ) b)“A diario” y “Varias veces a la semana” (DM = .2644; $p = .031$ )  a)“A diario” y “Varias veces al mes” (DM = .4959; $p = .019$ ) b)“A diario” y “Varias veces a la semana” (DM = .5505; $p = .001$ ) c)“Nunca” y “A diario” (DM = -.4425; $p = .051$ )	Las personas que cuidan a diario > Autocuidado social   Las personas que cuidan a diario > Autocuidado interno
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	Traza de Pillai =.088 $F_{15,810} = 1.441$ ; $p = .059$ ; $\eta^2 = .029$	<p align="center"><b>Conexión social</b></p> $(F_{3,822} = 4.045$ ; $p = .008$ ; $\eta^2 = .043)$	a)“Nunca” y “Varias veces al mes” (DM=.2643; $p=.14$ ) b)“Varias veces a la semana” y “Varias veces al mes” (DM = .1702; $p =.041$ )	Las personas que nunca cuidan a nietos < Soledad por falta de conexión social  Las personas que cuidan a nietos varias veces a la semana < Soledad social

*Nota:* F= resultado de la prueba F;  $p$  = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM= diferencias de medias; > =mayor; < =menor.

## **9.4. Análisis diferencial de las variables dependientes en función del Sexo y su interacción con Edad, Estado Civil, Situación Laboral, Cuidado a nietos y Cuidado a personas dependientes**

En este apartado se resumirán los resultados de los diversos análisis de varianza multivariantes (MANOVAs) para poner a prueba los efectos principales y de interacción de la variable Sexo con variables sociodemográficas cualitativas sobre los grupos de variables dependientes que son indicadores/componentes del envejecimiento con éxito: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad.

En concreto, se analizará si el Sexo de los participantes y su interacción con la Edad, el Estado civil, la Situación laboral, la situación de Cuidado a familiares dependientes y el Cuidado de nietos, producen algún efecto o influencia en todas las variables dependientes. Se pretende analizar cómo el Sexo cuando interacciona con otras condiciones sociodemográficas, puede influir de forma significativa en las variables dependientes alterando su comportamiento y de este modo averiguar de qué forma puede afectar al envejecimiento exitoso, activo y saludable.

Dado el tamaño de la muestra de este trabajo, y el número de categorías en las variables independientes, no es posible estimar un solo 2 (Sexo) x 3 (Edad2) x 2 (Estado Civil2) x 4 (Situación Laboral) x 3 (Cuidado dependientes) x 4 (Cuidado nietos) MANOVA. Por esta razón y puesto que Sexo se considera una variable independiente principal, se calcularon varios MANOVAs: (a) 2 (Sexo) x 3 (Edad2); (b) 2 (Sexo) x 2 (Estado civil2); (c) 2 (Sexo) x 2 (Situación laboral); (d) 2 (Sexo) x 3 (Cuidado a familiares dependientes) y (e) 2 (Sexo) x 4 (Cuidado nietos).

### **9.4.1. Análisis de las variables Sexo \* Edad 2 (Hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más)**

En la Tabla 121 se muestran los valores de N y los valores perdidos para la interacción de las variables Sexo y Edad 2. Esta última variable independiente, Edad2, es el resultado de la recodificación de la variable continua Edad en tres categorías de edad: “hasta 59 años”, “de 60 a 64 años” y “65 años o más” (Tabla 121).

Tabla 121. Valores de N para las variables Sexo \* Edad 2.

	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Edad2	603	92.5%	49	7.5%	652	100.0%

Nota: N= Tamaño muestra; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más.

En la siguiente Tabla 122, se presentan los valores de N distribuidos según la Edad2 y el Sexo de los participantes. A *grosso modo*, podemos observar que el tamaño de la muestra se compone de 603 casos, de los cuales las mujeres son mayoritarias en todos los grupos de edad (N=413). Además, hay una mayor representación tanto de hombres como de mujeres en la condición de personas mayores de 65 años.

Tabla 122. Tabla de contingencia Sexo \* Edad2.

		EDAD2			TOTAL
		Hasta 59 años	60-64	65 o más años	
Sexo	Hombre	33	59	98	190
	Mujer	131	132	150	413
TOTAL		164	191	248	603

Nota: Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más.

#### 9.4.1.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social

En primer lugar, en este punto, se explicarán los resultados obtenidos para investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes relacionadas con los Recursos Sociales: la Red social y el Apoyo social en función del Sexo y la Edad, así como sus efectos de interacción. Es decir, básicamente el objetivo es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativos en el caso de que hubieran, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes de Recursos Sociales. Para ello, se estimó un MANOVA 3 (Edad2) x 2 (Sexo) con las variables dependientes Red social y los dos factores de Apoyo social funcional: Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo.

Tabla 123. Estadísticos descriptivos de las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural Lubben	Hombre	Hasta 59 años	3.5934	.82020	33
		60-64	3.4761	.74785	59
		65 o más años	3.4798	.82839	95
		Total	3.4987	.79929	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.6705	.73332	130
		60-64	3.5941	.95509	128
		65 o más años	3.5581	.85654	145
		Total	3.6058	.85192	403
	Total	Hasta 59 años	3.6549	.74971	163
		60-64	3.5569	.89458	187
		65 o más años	3.5271	.84463	240
		Total	3.5718	.83641	590
Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	Hasta 59 años	4.0346	.90770	33
		60-64	3.9637	.83601	59
		65 o más años	3.8555	.94149	95
		Total	3.9213	.90151	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.9868	.82331	130
		60-64	3.9444	.94706	128
		65 o más años	4.1291	.82173	145
		Total	4.0245	.86556	403
	Total	Hasta 59 años	3.9965	.83838	163
		60-64	3.9505	.91128	187
		65 o más años	4.0208	.87945	240
		Total	3.9918	.87766	590
Apoyo social afectivo-Duke	Hombre	Hasta 59 años	4.1414	.90415	33
		60-64	4.1568	.84476	59
		65 o más años	4.0851	1.03185	95
		Total	4.1176	.94994	187
	Mujer	Hasta 59 años	4.0103	.90844	130
		60-64	3.9779	1.00085	128
		65 o más años	4.2144	.87355	145
		Total	4.0734	.93058	403
	Total	Hasta 59 años	4.0368	.90632	163
		60-64	4.0343	.95574	187
		65 o más años	4.1632	.93944	240
		Total	4.0874	.93618	590

Nota: N= Tamaño muestra; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más.

Los análisis descriptivos obtenidos para las variables, tanto medias como desviaciones típicas, se muestran en la Tabla 123. En concreto, en cuanto a la variable Red Social y Estructural de Lubben, las mujeres de “hasta 59 años”, registran puntuaciones medias más elevadas y por tanto informan de una mayor red social que el resto ( $M = 3.67$ ;  $DT = .73$ ). En el grupo de hombres, también los hombres más jóvenes, de “hasta 59 años”, obtienen puntuaciones medias más altas en esta variable ( $M = 3.59$ ;  $DT = .82$ ). Para el factor Apoyo social confidencial, observamos que las mujeres “mayores de 65 años”, obtienen puntuaciones más altas que el resto ( $M = 4.12$ ;  $DT=.82$ ). En cambio el grupo de hombres son los de “hasta

los 59 años” los que informan de un mayor Apoyo social confidencial ( $M = 4.03$ ;  $DT = .90$ ). Por último, en cuanto el Apoyo social afectivo ocurre algo similar, pues son las mujeres más mayores, es decir “mayores de 65 años”, las que registran unas puntuaciones medias más altas que el resto ( $M = 4.21$ ;  $DT = .87$ ), mientras que los hombres “entre 60 y 64 años” son los que obtienen puntuaciones mayores en este factor ( $M = 4.15$ ;  $DT = .84$ ).

Se realizó un primer MANOVA 3x2 entre sujetos con tres variables dependientes (ver Tabla 124): Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Las variables dependientes fueron la Edad2 (con tres categorías: “hasta 59 años”, “de 60 a 64 años” y “mayores de 65 años”) y el Sexo de los participantes. Utilizando el criterio de Pillai, ni el Sexo (Traza de Pillai = .013;  $F(3,582) = 2.513$ ;  $p = .058$ ;  $\eta^2 = .013$ ), ni la Edad (Traza de Pillai=.007;  $F(6,1166) = .720$ ;  $p = .634$ ;  $\eta^2 = .004$ ), ni tampoco su interacción (Traza de Pillai=.010;  $F(6,1166) = .987$ ;  $p = .432$ ;  $\eta^2 = .005$ ), afectan significativamente a la combinación de variables dependientes. Los resultados reflejan una muy baja asociación entre la Edad y la combinación de variables, pues el tamaño del efecto es 0.4% de la varianza explicada. La interacción explicó también una muy baja parte de la varianza, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial de 0.5%. La asociación fue algo más alta para el Sexo y las variables dependientes, pero aún así muy poco importante, pues el tamaño del efecto fue de 1.3%.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo, se realizaron análisis de varianza (ANOVAs) de continuación para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, pues en cuanto al Sexo se obtiene una significación marginal, es decir, que a pesar de que no haber resultado significativo ya que el nivel de significación crítico se ha establecido en  $p < .05$ , si se aproxima al valor de significación. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 125. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 123.

Tabla 124. *Contrastes Multivariados para las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.013	2.513 <sup>b</sup>	3.000	582.000	.058	.013
	Lambda de Wilks	.987	2.513 <sup>b</sup>	3.000	582.000	.058	.013
	Traza de Hotelling	.013	2.513 <sup>b</sup>	3.000	582.000	.058	.013
	Raíz mayor de Roy	.013	2.513 <sup>b</sup>	3.000	582.000	.058	.013
Edad2	Traza de Pillai	.007	.720	6.000	1166.000	.634	.004
	Lambda de Wilks	.993	.719 <sup>b</sup>	6.000	1164.000	.634	.004
	Traza de Hotelling	.007	.719	6.000	1162.000	.634	.004
	Raíz mayor de Roy	.007	1.326 <sup>c</sup>	3.000	583.000	.265	.007
SEXO * Edad2	Traza de Pillai	.010	.987	6.000	1166.000	.432	.005
	Lambda de Wilks	.990	.987 <sup>b</sup>	6.000	1164.000	.432	.005
	Traza de Hotelling	.010	.988	6.000	1162.000	.432	.005
	Raíz mayor de Roy	.010	1.865 <sup>c</sup>	3.000	583.000	.134	.010

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

Tabla 125. *ANOVAs de continuación) para las variables Red Social y Apoyo Social en función de la Interacción del Sexo con la Edad2.*

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural-Lubben	.931	1	.931	1.329	.249	.002
	Apoyo social confidencial-Duke	.532	1	.532	.692	.406	.001
	Apoyo social afectivo-Duke	.408	1	.408	.466	.495	.001
Edad2	Red social y estructural-Lubben	.963	2	.481	.687	.504	.002
	Apoyo social confidencial-Duke	.236	2	.118	.154	.858	.001
	Apoyo social afectivo-Duke	.776	2	.388	.443	.642	.002
SEXO * Edad2	Red social y estructural-Lubben	.044	2	.022	.031	.969	.000
	Apoyo social confidencial-Duke	2.866	2	1.433	1.865	.156	.006
	Apoyo social afectivo-Duke	2.619	2	1.310	1.496	.225	.005

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

Los resultados corroboran los hallados con el MANOVA anterior. Ni el Sexo, ni la Edad, ni su interacción, producen efectos principales en ninguna de las variables dependientes por separado, es decir, no hay diferencias significativas univariadas. Por lo que podemos concluir que ni el Sexo ni la Edad, ni su interacción afecta significativamente a las variables de

Recursos Sociales, en otras palabras, no influye en la percepción de una menor o mayor Red social, ni en la percepción de un mayor o menor de Apoyo social.

#### ***9.4.1.2. Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Con el fin de examinar la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes que evalúan el Bienestar Psicológico y la Satisfacción vital en función del Sexo y la Edad, así como de explorar los posibles efectos de interacción entre ambas, es decir, cuando el efecto de un factor sobre la variable dependiente depende de cuál sea el nivel del otro factor, se estimó un MANOVA 3 (Edad<sup>2</sup>) x 2(Sexo) con todos los factores del Bienestar Psicológico (Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida y Autoaceptación) y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida.

Los análisis descriptivos obtenidos para las variables, tanto medias como desviaciones típicas, se muestran en la Tabla 126 distribuidos según la Edad y el Sexo de los participantes. En primer lugar, en cuanto al factor Autonomía del Bienestar Psicológico, las mujeres “mayores de 65 años” son el grupo que obtiene puntuaciones medias más altas ( $M = 3.55$ ;  $DT = .59$ ). En cambio, los hombres menores, de “hasta 59 años”, son los que puntúan más alto en este factor ( $M = 3.53$ ;  $DT = .45$ ). Respecto al componente Dominio del entorno, se observa en la tabla, que el grupo de hombres de más edad (“mayores de 65”) informa de puntuaciones más elevadas que el resto ( $M = 3.67$ ;  $DT = .62$ ). También el grupo de mujeres con mayor edad obtiene medias más altas ( $M = 3.54$ ;  $DT = .52$ ). Para el factor Crecimiento Personal, las mujeres “entre 60 y 64 años” registran medias más altas que el resto ( $M = 3.99$ ;  $DT = 1.28$ ), mientras que los hombres de “hasta 59 años” es el grupo de entre los hombres que puntúan más alto en este factor ( $M = 3.67$ ;  $DT = .73$ ). En cuanto a la variable Relaciones positivas con los demás, son las mujeres de “hasta 59 años” las que obtienen medias más elevadas ( $M = 3.64$ ;  $DT = .75$ ), y en los hombres es el grupo de edad “entre 60 y 64 años” los que puntúan más alto ( $M = 3.73$ ;  $DT = 1.40$ ). En el componente Propósito con la vida, el grupo con medias más altas son las mujeres de “hasta 59 años” ( $M = 3.49$ ;  $DT = .63$ ); en cambio los hombres “entre 60 y 64 años” es el grupo de edad con puntuaciones más altas ( $M = 3.39$ ;  $DT = .66$ ). Por último, en la dimensión Autoaceptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, los hombres “entre 60 y 64 años” es el grupo que registra puntuaciones medias más elevadas en

este factor ( $M = 3.62$ ;  $DT = .57$ ), mientras que en las mujeres es el grupo de edad “mayores de 65 años”, las que tienen puntuaciones medias mayores ( $M = 3.57$ ;  $DT = .68$ ). En segundo lugar, para la variable dependiente Satisfacción con la vida y en concreto para la dimensión de Satisfacción con la vida pasada, las mujeres “mayores de 65 años” puntúan más alto ( $M=3.51$ ;  $DT = .86$ ) al igual que los hombres de “entre 60 y 64 años” ( $M = 3.58$ ;  $DT = .81$ ). Para la dimensión temporal presente de Satisfacción con la vida, el grupo de mujeres “mayores de 65 años” manifiestan una mayor satisfacción en la actualidad ( $M = 3.86$ ;  $DT = .85$ ), al igual que los hombres “mayores de 65 años” ( $M = 3.82$ ;  $DT = .76$ ). Finalmente, para la dimensión temporal futura de la Satisfacción con la vida, el grupo con puntuaciones medias más altas en este factor, son las mujeres “mayores de 65 años” ( $M = 3.69$ ;  $DT=.71$ ), en cambio, en el grupo de los hombres los que informan de medias más elevadas son el grupo de mayores más jóvenes, los de “hasta 59 años” ( $M = 3.55$ ;  $DT = .75$ ).

Para poner a prueba si estas diferencias detectadas entre los grupos son significativas, se efectuó un MANOVA 3x2 entre sujetos con 9 variables dependientes, los seis factores del Bienestar Psicológico y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito con la vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura. Las variables dependientes fueron la Edad2 (con tres categorías: “hasta 59 años”, “de 60 a 64 años” y “mayores de 65 años”) y el Sexo de los participantes. Estos resultados se presentan en la Tabla 127.

Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

VARIABLES	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.5354	.45597	33
		60-64	3.5172	.41966	58
		65 o más años	3.4531	.58824	96
		Total	3.4875	.51746	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.4921	.48198	127
		60-64	3.5116	.50698	129
		65 o más años	3.5594	.59681	143
		Total	3.5226	.53302	399
	Total	Hasta 59 años	3.5010	.47565	160
		60-64	3.5134	.48047	187
		65 o más años	3.5167	.59444	239
		Total	3.5114	.52791	586
Environmental Mastery Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.5556	.58135	33
		60-64	3.6092	.47609	58
		65 o más años	3.6701	.62219	96
		Total	3.6310	.57208	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.5276	.56647	127
		60-64	3.5039	.63069	129
		65 o más años	3.5490	.52288	143
		Total	3.5276	.57219	399
	Total	Hasta 59 años	3.5333	.56783	160
		60-64	3.5365	.58786	187
		65 o más años	3.5976	.56674	239
		Total	3.5606	.57370	586
Personal Growth Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.9192	.54026	33
		60-64	3.7299	.49739	58
		65 o más años	3.7830	.63574	96
		Total	3.7906	.58015	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.9291	.55018	127
		60-64	3.9922	1.28118	129
		65 o más años	3.8357	.63726	143
		Total	3.9160	.87913	399
	Total	Hasta 59 años	3.9271	.54647	160
		60-64	3.9109	1.10463	187
		65 o más años	3.8145	.63584	239
		Total	3.8760	.79766	586
Positive relations Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.6263	.65488	33
		60-64	3.7385	1.40769	58
		65 o más años	3.5069	.65065	96
		Total	3.5998	.95281	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.6404	.75020	127
		60-64	3.6098	.75130	129
		65 o más años	3.4172	.73953	143
		Total	3.5505	.75162	399
	Total	Hasta 59 años	3.6375	.72961	160
		60-64	3.6497	.99963	187
		65 o más años	3.4533	.70514	239
		Total	3.5663	.82068	586

Nota: N= Tamaño muestra; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

VARIABLES	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Purpose in life Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.3434	.48937	33
		60-64	3.3908	.64327	58
		65 o más años	3.3056	.62998	96
		Total	3.3387	.61003	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.4934	.63669	127
		60-64	3.3475	.62432	129
		65 o más años	3.1608	.65135	143
		Total	3.3271	.65112	399
	Total	Hasta 59 años	3.4625	.61086	160
		60-64	3.3610	.62884	187
		65 o más años	3.2190	.64545	239
		Total	3.3308	.63780	586
Self acceptance Ryff	Hombre	Hasta 59 años	3.6061	.55562	33
		60-64	3.6264	.57592	58
		65 o más años	3.6111	.66432	96
		Total	3.6150	.61663	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.4449	.65332	127
		60-64	3.5065	.66026	129
		65 o más años	3.5781	.68855	143
		Total	3.5125	.66895	399
	Total	Hasta 59 años	3.4781	.63612	160
		60-64	3.5437	.63619	187
		65 o más años	3.5914	.67771	239
		Total	3.5452	.65393	586
Satisfacción Vida Pasada	Hombre	Hasta 59 años	3.2848	.72289	33
		60-64	3.5828	.81070	58
		65 o más años	3.4573	.90286	96
		Total	3.4658	.84722	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.1996	.85378	127
		60-64	3.4240	.91607	129
		65 o más años	3.5189	.86682	143
		Total	3.3866	.88693	399
	Total	Hasta 59 años	3.2172	.82706	160
		60-64	3.4733	.88563	187
		65 o más años	3.4941	.88011	239
		Total	3.4119	.87451	586
Satisfacción Vida Presente	Hombre	Hasta 59 años	3.7939	.97786	33
		60-64	3.7966	.80306	58
		65 o más años	3.8260	.86997	96
		Total	3.8112	.86541	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.5403	.83662	127
		60-64	3.7186	.92686	129
		65 o más años	3.8640	.85183	143
		Total	3.7140	.88004	399
	Total	Hasta 59 años	3.5926	.87046	160
		60-64	3.7428	.88889	187
		65 o más años	3.8487	.85754	239
		Total	3.7450	.87584	586

Nota: N= Tamaño muestra; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 126. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Satisfacción Vida Futura	Hombre	Hasta 59 años	3.5500	.75911	33
		60-64	3.4560	.71230	58
		65 o más años	3.5443	.70602	96
		Total	3.5179	.71481	187
	Mujer	Hasta 59 años	3.3573	.65124	127
		60-64	3.5470	.67404	129
		65 o más años	3.6901	.71060	143
		Total	3.5379	.69231	399
	Total	Hasta 59 años	3.3971	.67689	160
		60-64	3.5188	.68551	187
		65 o más años	3.6315	.71090	239
		Total	3.5315	.69902	586

Nota: N= Tamaño muestra; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 127. Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.019	1.246 <sup>b</sup>	9.000	572.000	.264	.019
	Lambda de Wilks	.981	1.246 <sup>b</sup>	9.000	572.000	.264	.019
	Traza de Hotelling	.020	1.246 <sup>b</sup>	9.000	572.000	.264	.019
	Raíz mayor de Roy	.020	1.246 <sup>b</sup>	9.000	572.000	.264	.019
Edad2	Traza de Pillai	.048	1.567	18.000	1146.000	.061	.024
	Lambda de Wilks	.952	1.569 <sup>b</sup>	18.000	1144.000	.061	.024
	Traza de Hotelling	.050	1.572	18.000	1142.000	.060	.024
	Raíz mayor de Roy	.038	2.395 <sup>c</sup>	9.000	573.000	.011	.036
SEXO *	Traza de Pillai	.030	.972	18.000	1146.000	.490	.015
	Lambda de Wilks	.970	.972 <sup>b</sup>	18.000	1144.000	.490	.015
Edad2	Traza de Hotelling	.031	.972	18.000	1142.000	.490	.015
	Raíz mayor de Roy	.022	1.408 <sup>c</sup>	9.000	573.000	.181	.022

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

Utilizando el criterio de Pillai, ni el Sexo (Traza de Pillai = .019;  $F(9,572) = 1.246$ ;  $p = .264$ ;  $\eta^2 = .019$ ), ni la Edad (Traza de Pillai = .048;  $F(18,1146) = 1.569$ ;  $p = .061$ ;  $\eta^2 = .024$ ), ni tampoco su interacción (Traza de Pillai = .030;  $F(18,1146) = .972$ ;  $p = .490$ ;  $\eta^2 = .015$ ), afectan significativamente a la combinación de variables dependientes. Los resultados reflejan una muy baja asociación entre el Sexo y la combinación de variables, pues el tamaño del

efecto es 1.9% de la varianza explicada. La interacción explicó una muy baja parte de la varianza explicada también, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial de .015%. La asociación fue algo más alta para la Edad y las variables dependientes, pero aún así muy poco importante, pues el tamaño del efecto es modesto y fue de 2.4%.

En general, los ANOVAs de continuación (ver Tabla 128), confirman los resultados hallados con el MANOVA anterior. Tal y como se observa, el Sexo no produce efectos principales en ninguna de las variables dependientes analizadas por separado. En cuanto a la Edad, tan sólo aparecen diferencias significativas en el factor Relaciones positivas con los demás ( $F(2,1162) = 3.611$ ;  $p = .028$ ;  $\eta^2 = .012$ ) y en el factor Propósito de vida ( $F(2,1162) = 3.940$ ;  $p = .020$ ;  $\eta^2 = .013$ ). Siendo en ambos casos el tamaño del efecto bajo, pues como máximo la Edad explica el 1.3% de la variabilidad en el factor Propósito de vida y el 1.2% en el de Relaciones positivas con los demás. Además también se encontraron efectos principales de la Edad en la variable Satisfacción con la vida pasada ( $F(2,1162) = 3.944$ ;  $p = .031$ ;  $\eta^2 = .012$ ), con un tamaño de efecto también pequeño, el 1.2%. En la Tabla 126 de descriptivos, se presentan las medias y desviaciones típicas de los efectos principales. En dicha Tabla, junto con los análisis de comparaciones múltiples efectuados para comprobar entre qué pares de medias se encontraban realmente las diferencias significativas (tras haber comprobado previamente la homogeneidad de varianzas a través de la prueba de Levene, el cual ha resultado no significativo), se puede observar que en cuanto a las Relaciones positivas con los demás las personas mayores “entre 60 y 64 años” sienten que mantienen relaciones interpersonales de mayor calidez y confianza que las personas “mayores de 65 años” ( $DM = .196$ ;  $p = .038$ ). Respecto al factor Propósito de vida, en cambio son las personas de “hasta 59 años” las que informan que sienten en mayor medida que el resto el poder marcarse metas en la vida y definir objetivos que les permitan dar sentido a su vida ( $DM = .243$ ;  $p < .001$ ). Y respecto a la Satisfacción con la vida pasada las personas de “hasta 59 años” perciben una menor satisfacción en cuanto a sus experiencias vitales pasadas respecto las personas de “entre 60 y 64 años” ( $DM = -.256$ ;  $p = .018$ ) y respecto las personas “mayores de 65 años” ( $DM = -.277$ ;  $p = .005$ ).

Por otra parte, tampoco se encontraron efectos principales en la interacción entre el Sexo y la Edad<sup>2</sup>, no hay diferencias significativas entre la interacción y los grupos en las variables dependientes. En resumen, podemos concluir que la Edad produce efectos principales en el factor Relaciones positivas con los demás y Propósito de vida de la Escala de Bienestar

psicológico de Ryff, además de en la dimensión temporal pasada de Satisfacción con la vida, aunque este efecto directo es independiente del hecho de ser hombre o mujer.

Tabla 128. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Autonomía Ryff	.041	1	.041	.146	.702	.000
	Environmental Mastery Ryff	.804	1	.804	2.445	.118	.004
	Personal Growth Ryff	1.311	1	1.311	2.067	.151	.004
	Positive relations Ryff	.518	1	.518	.774	.379	.001
	Purpose in life Ryff	.018	1	.018	.045	.832	.000
	Self acceptance Ryff	1.225	1	1.225	2.869	.091	.005
	Satisfacción Vida Pasada	.413	1	.413	.547	.460	.001
	Satisfacción Vida Presente	1.070	1	1.070	1.409	.236	.002
	Satisfacción Vida Futura	.024	1	.024	.051	.822	.000
Edad2	Autonomía Ryff	.008	2	.004	.014	.986	.000
	Environmental Mastery Ryff	.442	2	.221	.671	.511	.002
	Personal Growth Ryff	.976	2	.488	.770	.464	.003
	Positive relations Ryff	4.827	2	2.414	3.611	.028	.012
	Purpose in life Ryff	3.127	2	1.564	3.940	.020	.013
	Self acceptance Ryff	.348	2	.174	.408	.665	.001
	Satisfacción Vida Pasada	5.272	2	2.636	3.494	.031	.012
	Satisfacción Vida Presente	2.386	2	1.193	1.571	.209	.005
	Satisfacción Vida Futura	2.373	2	1.187	2.476	.085	.008
SEXO * Edad2	Autonomía Ryff	.517	2	.258	.924	.398	.003
	Environmental Mastery Ryff	.161	2	.081	.245	.783	.001
	Personal Growth Ryff	1.380	2	.690	1.088	.338	.004
	Positive relations Ryff	.332	2	.166	.249	.780	.001
	Purpose in life Ryff	1.565	2	.782	1.972	.140	.007
	Self acceptance Ryff	.355	2	.177	.416	.660	.001
	Satisfacción Vida Pasada	1.210	2	.605	.802	.449	.003
	Satisfacción Vida Presente	1.546	2	.773	1.018	.362	.003
	Satisfacción Vida Futura	2.132	2	1.066	2.224	.109	.008

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

En general, los análisis multivariantes no han resultados significativos, ni para el Sexo, ni para la Edad, ni para su interacción Sexo x Edad<sup>2</sup> en la combinación de las variables dependientes. Por lo que podemos concluir que ni el Sexo, ni la Edad, ni su interacción afectan significativamente a las variables de Bienestar y Satisfacción; en otras palabras, no influyen en la percepción de un menor o mayor Bienestar y Satisfacción de manera global.

#### **9. 4.1.3. Salud: Salud percibida, Depresión y Autocuidado**

Con la finalidad de explorar la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes que hacen referencia a la Salud en función del Sexo y la Edad, así como los efectos de interacción de ambas (cuando el efecto de un factor sobre la variable dependiente depende de cuál sea el nivel del otro factor), se estimó un MANOVA 3 (Edad<sup>2</sup>) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes: Salud percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión.

En la siguiente Tabla 129 se presentan las medias y desviaciones típicas distribuidas según la Edad y el Sexo. En cuanto a la Salud percibida, el grupo de hombres “entre 60 y 64 años” obtiene puntuaciones medias más altas en esta variable ( $M = 4.11$ ;  $DT = .66$ ), en cambio en el grupo de las mujeres, son las “mayores de 65 años” las que informan de valores más altos ( $M = 4.04$ ;  $DT = .65$ ). En el factor Autocuidado físico, las mujeres de “entre 60 y 64 años” puntúan más alto en esta dimensión ( $M = 4.02$ ;  $DT = 1.08$ ), en cambio en el grupo de los hombres son los “mayores de 65 años” los que registran medias más elevadas ( $M = 3.98$ ;  $DT = .64$ ). Respecto al Autocuidado social, las mujeres “mayores de 65 años” son las que obtienen puntuaciones medias más altas ( $M = 4.11$ ;  $DT = .60$ ), al igual que en el grupo de hombres dado que son los “mayores de 65 años” los que puntúan también más alto en este factor de Autocuidado ( $M = 3.96$ ;  $DT = .60$ ). Para el factor de Autocuidado interno, de nuevo son las mujeres “mayores de 65 años” las que informan de valores más altos ( $M = 3.53$ ;  $DT = .99$ ), y también en el grupo de hombres son los “mayores de 65 años” los que obtienen medias más elevadas ( $M = 3.02$ ;  $DT = 1.04$ ). Finalmente, para la variable Depresión, las mujeres “mayores de 65 años” puntúan más alto en sintomatología depresiva ( $M = 1.80$ ;  $DT = .77$ ) que el resto. En el grupo de los hombres los que sienten una mayor sintomatología depresiva son también los “mayores de 65 años” ( $M = 1.48$ ;  $DT = .60$ ).

Tabla 129. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

VARIABLES	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hombre	Hasta 59 años	4.0877	.59426	33
		60-64	4.1138	.66799	59
		65 o más años	4.0956	.63650	91
		Total	4.1001	.63618	183
	Mujer	Hasta 59 años	3.9042	.71153	126
		60-64	4.0243	.69629	127
		65 o más años	4.0456	.65906	141
		Total	3.9935	.68923	394
	Total	Hasta 59 años	3.9423	.69111	159
		60-64	4.0527	.68691	186
		65 o más años	4.0652	.64938	232
		Total	4.0273	.67414	577
Self Care-physical	Hombre	Hasta 59 años	3.8030	.74239	33
		60-64	3.7910	.70547	59
		65 o más años	3.9890	.64684	91
		Total	3.8916	.68692	183
	Mujer	Hasta 59 años	3.9458	.74351	126
		60-64	4.0276	1.08861	127
		65 o más años	3.9220	.77602	141
		Total	3.9636	.87884	394
	Total	Hasta 59 años	3.9161	.74320	159
		60-64	3.9525	.98760	186
		65 o más años	3.9483	.72736	232
		Total	3.9408	.82291	577
Self Care-social	Hombre	Hasta 59 años	3.8889	.67529	33
		60-64	3.9153	.57600	59
		65 o más años	3.9634	.60339	91
		Total	3.9344	.60569	183
	Mujer	Hasta 59 años	3.9709	.58692	126
		60-64	3.9593	.66822	127
		65 o más años	4.1111	.60640	141
		Total	4.0173	.62342	394
	Total	Hasta 59 años	3.9539	.60498	159
		60-64	3.9453	.63919	186
		65 o más años	4.0532	.60822	232
		Total	3.9910	.61854	577
Self Care-internal	Hombre	Hasta 59 años	2.7172	.88632	33
		60-64	2.9181	.83355	59
		65 o más años	3.0256	1.04495	91
		Total	2.9353	.95515	183
	Mujer	Hasta 59 años	3.2196	.88786	126
		60-64	3.3583	.93225	127
		65 o más años	3.5355	.99059	141
		Total	3.3773	.94657	394
	Total	Hasta 59 años	3.1153	.90803	159
		60-64	3.2186	.92301	186
		65 o más años	3.3355	1.04037	232
		Total	3.2371	.97055	577

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Tabla 129. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Variables	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Depresión	Hombre	Hasta 59 años	1.4416	.61087	33
		60-64	1.4837	.64984	59
		65 o más años	1.4895	.60150	91
		Total	1.4790	.61597	183
	Mujer	Hasta 59 años	1.7676	.79131	126
		60-64	1.7827	.75921	127
		65 o más años	1.8056	.77943	141
		Total	1.7861	.77501	394
	Total	Hasta 59 años	1.6999	.76718	159
		60-64	1.6879	.73786	186
		65 o más años	1.6817	.73012	232
		Total	1.6887	.74172	577

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Tabla 130. Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.092	11.464 <sup>b</sup>	5.000	567.000	.000	.092
	Lambda de Wilks	.908	11.464 <sup>b</sup>	5.000	567.000	.000	.092
	Traza de Hotelling	.101	11.464 <sup>b</sup>	5.000	567.000	.000	.092
	Raíz mayor de Roy	.101	11.464 <sup>b</sup>	5.000	567.000	.000	.092
Edad2	Traza de Pillai	.021	1.223	10.000	1136.000	.271	.011
	Lambda de Wilks	.979	1.225 <sup>b</sup>	10.000	1134.000	.270	.011
	Traza de Hotelling	.022	1.227	10.000	1132.000	.269	.011
	Raíz mayor de Roy	.019	2.196 <sup>c</sup>	5.000	568.000	.053	.019
SEXO *	Traza de Pillai	.013	.732	10.000	1136.000	.695	.006
	Lambda de Wilks	.987	.732 <sup>b</sup>	10.000	1134.000	.694	.006
Edad2	Traza de Hotelling	.013	.733	10.000	1132.000	.694	.006
	Raíz mayor de Roy	.012	1.356 <sup>c</sup>	5.000	568.000	.239	.012

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

Para poner a prueba estas diferencias en las puntuaciones obtenidas entre los grupos, se estimó un MANOVA 3 (Edad2) x 2 (Sexo) con las cinco variables dependientes Salud percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión. Los

resultados de este MANOVA (ver Tabla 130), mostraron que las variables dependientes combinadas se ven afectadas de forma significativa por el Sexo (Traza de Pillai = .092;  $F(5,567)=11.464$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2= .092$ ), aunque puede verse que el tamaño del efecto fue mediano (9.2%). En cuanto al efecto principal de la Edad2 sobre las variables dependientes, no resultó estadísticamente significativo (Traza de Pillai = .021;  $F(10,1136) = 1.223$ ;  $p=.271$ ;  $\eta^2= .011$ ). Por lo que respecta a las interacciones de primer orden, no resultaron estadísticamente significativas para la Edad y el Sexo (Traza de Pillai = .013;  $F(10,1136)=.732$ ;  $p = .695$ ;  $\eta^2=.006$ ).

Para entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas sobre las cinco variables dependientes individuales, se realizaron ANOVAs de continuación. Los resultados de estos ANOVAs se presentan en la Tabla 131. Como se puede observar, se encontraron efectos principales del Sexo tanto en Autocuidado interno ( $F(1,571) = 29.156$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 = .049$ ) como en Depresión ( $F(1,571)=20.439$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2= .035$ ). En ambos casos, son las mujeres las que presentan valores más altos. Hay evidencia de que las mujeres implementan más conductas relacionadas con el mantenimiento del equilibrio mental, emocional y espiritual y a su vez, también son las mujeres las que presentan una mayor sintomatología depresiva en todos los grupos de edad. No obstante, puede apreciarse que el tamaño del efecto en ambos casos es pequeño, aunque algo mayor para el Autocuidado interno (4.9%). El efecto principal de la Edad sólo resultó estadísticamente significativo en el factor Autocuidado interno ( $F(2,1144) = 29.156$ ;  $p = .019$ ;  $\eta^2= .014$ ), aunque el tamaño del efecto de la Edad sobre la variabilidad en esta dimensión de Autocuidado es pequeño (1.4%). Este resultado evidencia que las personas mayores de 65 años son las que implementan a su vida más comportamientos relacionados con el Autocuidado interno. Para finalizar, se puede apreciar que las interacciones de la Edad y el Sexo no resultaron estadísticamente significativas en ninguna variable dependiente.

Tabla 131. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	1.286	1	1.286	2.837	.093	.005
	Self Care-physical	1.202	1	1.202	1.774	.183	.003
	Self Care-social	.924	1	.924	2.427	.120	.004
	Self Care-internal	25.997	1	25.997	29.156	.000	.049
	Depresión	10.916	1	10.916	20.439	.000	.035
Edad2	Perceived Health	.450	2	.225	.497	.609	.002
	Self Care-physical	.511	2	.256	.377	.686	.001
	Self Care-social	1.281	2	.640	1.682	.187	.006
	Self Care-internal	7.113	2	3.556	3.989	.019	.014
	Depresión	.131	2	.066	.123	.884	.000
SEXO * Edad2	Perceived Health	.316	2	.158	.349	.706	.001
	Self Care-physical	2.286	2	1.143	1.687	.186	.006
	Self Care-social	.261	2	.130	.342	.710	.001
	Self Care-internal	.123	2	.061	.069	.933	.000
	Depresión	.013	2	.006	.012	.988	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

En síntesis, el MANOVA ha puesto de manifiesto la no existencia de interacción entre la Edad y el Sexo de los participantes en este grupo de variables que hacen referencia a la Salud. Dato que ha sido corroborado por los ANOVAs de continuación, al no detectar tampoco ningún efecto de interacción en ninguna variable analizada individualmente. Lo que sí hay evidencia es de que el Sexo produce efectos principales en la combinación de variables dependientes, en concreto en Autocuidado Interno y a la sintomatología depresiva, en donde en ambos casos, las mujeres presentan valores más altos. Además, los ANOVAs de seguimiento también han detectado que las personas mayores de 65 años son las que puntúan más alto en Autocuidado interno, con lo cual efectúan más conductas para mantener una buena salud mental y emocional. En cambio, no se ha encontrado que ambas variables independientes interaccionen y aunque hay diferencias entre hombres y mujeres y entre los distintos grupos de edad en algunas variables dependientes, estas diferencias no resultan significativas.

#### 9. 4.1.4. Soledad y Aislamiento Social

El siguiente punto, pretende continuar la explicación de los análisis realizados con el objetivo de analizar si hay efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en el grupo de variables dependientes que evalúan la Soledad. Para ello, se estimó un MANOVA 3 (Edad<sup>2</sup>) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes que evalúan la percepción de soledad y aislamiento social: los dos factores de la Escala de Soledad de DJGLS (Soledad social y Soledad emocional) y los tres factores de la Escala de Soledad UCLA-3 (Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento).

En la siguiente Tabla 132, se presentan las medias y desviaciones típicas distribuidas según la Edad y el Sexo. En cuanto a la Soledad social (DJGLS) son los hombres de “entre 60 y 64 años” los que señalan una mayor puntuación media en este factor que el resto de grupos ( $M = .62$ ;  $DT = .40$ ). En cambio en el grupo de mujeres son las mujeres de “entre 60 y 64 años” las que obtienen puntuaciones más altas ( $M = .55$ ;  $DT = .44$ ). Por otra parte, en cuanto a la Soledad emocional (DJGLS), en general son las mujeres las que puntúan valores más altos en este factor, pero en concreto son las mujeres “mayores de 65 años” las que obtienen un valor más alto que el resto ( $M = .42$ ;  $DT = .49$ ). En los hombres, también son los “mayores de 65 años” los que registran valores más elevados en este factor ( $M = .39$ ;  $DT = .44$ ). En cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, en primer lugar, respecto al factor Aislamiento, son el grupo de mujeres más jóvenes, de “hasta 59 años”, los que informan de un mayor aislamiento ( $M=1.06$ ;  $DT = .67$ ). En cambio en los hombres son los de “entre 60 y 64 años” los que obtienen medias más elevadas en este factor ( $M = .92$ ;  $DT = .56$ ). En segundo lugar, en el factor Rasgo Soledad los hombres de “entre 60 y 64 años” registran valores más elevados en este factor que el resto de los grupos ( $M = 1.08$ ;  $DT = .49$ ), por otra parte en el grupo de mujeres, son las mujeres de “hasta 59 años” las que informan de puntuaciones más altas ( $M=.99$ ;  $DT = .61$ ). En último lugar, en el factor Conexión social, los hombres de “entre 60 y 64 años” los que registran medias más altas ( $M = .65$ ;  $DT = .37$ ) y en grupo de mujeres también son las que tienen “entre 60 y 64 años” las que señalan valores más elevados ( $M=.61$ ;  $DT = .45$ ).

Tabla 132. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Variables	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Soledad Social DJGLS	Hombre	Hasta 59 años	.5485	.41107	33
		60-64	.6207	.40739	58
		65 o más años	.6036	.46470	97
		Total	.5992	.43701	188
	Mujer	Hasta 59 años	.5413	.44777	129
		60-64	.5520	.44786	126
		65 o más años	.4553	.40591	145
		Total	.5135	.43425	400
	Total	Hasta 59 años	.5428	.43932	162
		60-64	.5736	.43557	184
		65 o más años	.5147	.43563	242
		Total	.5409	.43659	588
Soledad Emocional DJGLS	Hombre	Hasta 59 años	.3232	.39127	33
		60-64	.3448	.46397	58
		65 o más años	.3959	.44290	97
		Total	.3674	.43982	188
	Mujer	Hasta 59 años	.4234	.49789	129
		60-64	.4225	.47682	126
		65 o más años	.4238	.49178	145
		Total	.4233	.48789	400
	Total	Hasta 59 años	.4030	.47870	162
		60-64	.3980	.47292	184
		65 o más años	.4126	.47205	242
		Total	.4054	.47340	588
Aislamiento UCLA 3	Hombre	Hasta 59 años	.8742	.67844	33
		60-64	.9227	.56221	58
		65 o más años	.9144	.56163	97
		Total	.9099	.58080	188
	Mujer	Hasta 59 años	1.0636	.67552	129
		60-64	1.0138	.62281	126
		65 o más años	.9935	.56453	145
		Total	1.0225	.61952	400
	Total	Hasta 59 años	1.0250	.67833	162
		60-64	.9851	.60432	184
		65 o más años	.9618	.56354	242
		Total	.9865	.60918	588
Rasgo Soledad UCLA 3	Hombre	Hasta 59 años	.9924	.59452	33
		60-64	1.0862	.49238	58
		65 o más años	.9794	.52333	97
		Total	1.0146	.52660	188
	Mujer	Hasta 59 años	.9922	.61928	129
		60-64	.9312	.51501	126
		65 o más años	.9218	.47122	145
		Total	.9475	.53594	400
	Total	Hasta 59 años	.9923	.61250	162
		60-64	.9801	.51176	184
		65 o más años	.9449	.49252	242
		Total	.9690	.53344	588

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más.

Tabla 132. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Variabes	Sexo	Edad2	Media	Desviación típica	N
Conexión social UCLA 3	Hombre	Hasta 59 años	.5844	.47964	33
		60-64	.6570	.37336	58
		65 o más años	.6278	.46802	97
		Total	.6292	.44148	188
	Mujer	Hasta 59 años	.6157	.42510	129
		60-64	.6123	.45991	126
		65 o más años	.6008	.42630	145
		Total	.6092	.43574	400
	Total	Hasta 59 años	.6093	.43538	162
		60-64	.6264	.43397	184
		65 o más años	.6116	.44274	242
		Total	.6156	.43730	588

Nota: N=Tamaño muestral; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más.

Seguidamente, para poner a prueba estas diferencias en las puntuaciones obtenidas entre los grupos, se calculó un MANOVA 3 (Edad2) x 2 (Sexo) con todos los factores o variables de Soledad que han sido consideradas en esta investigación: Soledad social, Soledad emocional, Conexión social, Aislamiento y Rasgo Soledad. Los resultados de este MANOVA (ver Tabla 133) mostraron que las variables dependientes combinadas se ven afectadas de forma significativa por el Sexo (Traza de Pillai = .038;  $F(5,578)=4.617$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2= .038$ ), aunque puede verse que el tamaño del efecto fue pequeño (3.8%). En cuanto al efecto principal de la Edad2 sobre las variables dependientes, no resultó estadísticamente significativo (Traza de Pillai = .009;  $F(10,1158) = .535$ ;  $p = .866$ ;  $\eta^2=.005$ ). Por lo que respecta a las interacciones de primer orden, no resultaron estadísticamente significativas la Edad y el Sexo (Traza de Pillai = .008;  $F(10,1158) = .440$ ;  $p = .927$ ;  $\eta^2= .004$ ). Por lo que no se ha encontrado ningún efecto de interacción entre la Edad y el Sexo en este grupo de variables dependientes analizadas globalmente, es decir, que el ser mujer u hombre y el hecho de tener mayor o menor edad no interrelacionan entre ellos y por lo tanto no afecta a las variables dependientes que evalúan la Soledad y el Aislamiento social.

Tabla 133. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.038	4.617 <sup>b</sup>	5.000	578.000	.000	.038
	Lambda de Wilks	.962	4.617 <sup>b</sup>	5.000	578.000	.000	.038
	Traza de Hotelling	.040	4.617 <sup>b</sup>	5.000	578.000	.000	.038
	Raíz mayor de Roy	.040	4.617 <sup>b</sup>	5.000	578.000	.000	.038
Edad2	Traza de Pillai	.009	.535	10.000	1158.000	.866	.005
	Lambda de Wilks	.991	.534 <sup>b</sup>	10.000	1156.000	.867	.005
	Traza de Hotelling	.009	.534	10.000	1154.000	.867	.005
	Raíz mayor de Roy	.008	.908 <sup>c</sup>	5.000	579.000	.475	.008
SEXO * Edad2	Traza de Pillai	.008	.440	10.000	1158.000	.927	.004
	Lambda de Wilks	.992	.439 <sup>b</sup>	10.000	1156.000	.927	.004
	Traza de Hotelling	.008	.439	10.000	1154.000	.928	.004
	Raíz mayor de Roy	.005	.595 <sup>c</sup>	5.000	579.000	.704	.005

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

Además, y a pesar de que no se han encontrado diferencias multivariantes estadísticamente significativas en la interacción de las variables independientes, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 134. Las medias y las desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 132. El Sexo tuvo un efecto principal significativo únicamente con una de las cinco variables dependientes ( $p < .05$ ): en el componente Aislamiento de la UCLA 3, con medias más altas en las mujeres que forman esta muestra (las más jóvenes, es decir en las mujeres de “hasta 59 años” puntúan más alto):  $F(1,582) = 4.338$ ;  $p = .038$ ;  $\eta^2 = .007$ . Aunque el tamaño del efecto es muy pequeño, pues sólo el sexo explica el .07% de la varianza explicada en este factor. Por tanto, en general las mujeres informan de un mayor sentimiento de aislamiento social que los hombres.

El efecto principal de la Edad no resultó estadísticamente significativo en ninguna de las variables dependientes. Para finalizar, se puede apreciar que las interacciones de la Edad y el Sexo no resultaron estadísticamente significativas tampoco en ninguna variable dependiente que hace referencia a la Soledad.

Tabla 134. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Edad 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social DJGLS	.625	1	.625	3.303	.070	.006
	Soledad Emocional DJGLS	.526	1	.526	2.338	.127	.004
	Aislamiento UCLA 3	1.608	1	1.608	4.338	.038	.007
	Rasgo Soledad UCLA 3	.562	1	.562	1.976	.160	.003
	Conexión social UCLA 3	.020	1	.020	.105	.746	.000
	Soledad Social DJGLS	.310	2	.155	.820	.441	.003
Edad2	Soledad Emocional DJGLS	.120	2	.060	.267	.766	.001
	Aislamiento UCLA3	.026	2	.013	.035	.965	.000
	Rasgo Soledad UCLA 3	.346	2	.173	.608	.545	.002
	Conexión social UCLA 3	.081	2	.040	.210	.811	.001
SEXO *	Soledad Social DJGLS	.395	2	.198	1.044	.353	.004
	Soledad Emocional DJGLS	.114	2	.057	.254	.776	.001
	Aislamiento UCLA 3	.233	2	.117	.315	.730	.001
	Rasgo Soledad UCLA 3	.419	2	.209	.735	.480	.003
Edad2	Conexión social UCLA 3	.096	2	.048	.250	.779	.001

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Edad2 = variable Edad recodificada en grupos de Edad: hasta 59 años, de 60 a 64 años y 65 años o más; Sexo \* Edad2 = Interacción de las variables Sexo y la variable Edad 2.

A modo conclusión, podemos decir que no hay efectos de interacción entre la Edad y el Sexo en este grupo de variables dependientes que informa sobre la Soledad y el Aislamiento, ni cuando se analizan conjuntamente ni cuando se analizan una a una por separado. Tan sólo el Sexo afecta de forma significativa en estas variables, y más en concreto en los sentimientos y la percepción de Aislamiento social, de forma que las mujeres informan de mayor aislamiento social que los hombres, pero el tamaño del efecto es muy pequeño. El aislamiento social percibido y la disponibilidad de un grupo social más reducido afecta mayormente a las mujeres que a los hombres y esto les produce mayor vulnerabilidad a los sentimientos de soledad.

#### 9.4.1.5. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis diferenciales en función de la Interacción entre el Sexo y la Edad 2

En la siguiente Tabla 135, se resumen todos los resultados obtenidos en los diversos análisis diferenciales para la Interacción entre el Sexo y la Edad en los cuatro grupos de variables dependientes consideradas en este estudio como indicadores del envejecimiento con éxito.

Tabla 135. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Edad2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Sexo*Edad2	
<b>Interacción Sexo*Edad2</b> (hasta 59 años, entre 60 y 64 años, mayores de 65 años)	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .013; $F_{3,582} = 2.513$ ; $p = .058$ ; $\eta^2 = .013$	No	No	No hay efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Recursos Sociales	
		<b>Edad</b> Traza de Pillai = .007; $F_{6,1166} = .720$ ; $p = .634$ ; $\eta^2 = .004$	No			
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .010; $F_{6,1166} = .987$ ; $p = .432$ ; $\eta^2 = .005$	No			
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .019; $F_{9,572} = 1.246$ ; $p = .264$ ; $\eta^2 = .019$	No	<b>Relaciones positivas con los demás</b> $F_{2,1162} = 3.611$ ; $p = .028$ ; $\eta^2 = .012$	“entre 60 y 64” y “mayores de 65 años” (DM = .1965; $p = .038$ )	Las personas entre 60 y 64 años > Relaciones positivas que los mayores de 65 años Las personas de hasta 59 años > Propósito de vida que los mayores de 65 años Las personas de hasta 59 años < Satisfacción con la vida pasada  No hay efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Bienestar y Satisfacción
		<b>Edad</b> Traza de Pillai = .048; $F_{18,1146} = 1.569$ ; $p = .061$ ; $\eta^2 = .024$	<b>Propósito de vida</b> $F_{2,1162} = 3.940$ ; $p = .020$ ; $\eta^2 = .013$		“hasta 59 años” y “mayores de 65 años” (DM = .2435; $p < .001$ )	
			<b>Satisfacción con la vida pasada</b> $F_{2,1162} = 3.944$ ; $p = .031$ ; $\eta^2 = .012$		“hasta 59 años” y “entre 60 y 64 años” (DM = -.2561; $p = .018$ ) “hasta 59 años” y “mayores de 65 años” (DM = -.2770; $p = .005$ ).	
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .030; $F_{6,1146} = .972$ ; $p = .490$ ; $\eta^2 = .015$	No			

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM= diferencias de medias; > =mayor; < =menor.

Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del cuidado y diferencias por sexo/género

Tesis Doctoral Manuela Torregrosa Ruiz

Tabla 135. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Edad2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Sexo*Edad2
	Salud	<b>Sexo</b> Traza de Pillai=.092; $F_{5,567} = 11.464$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .092$	<b>Autocuidado interno</b> ( $F_{1,571} = 29.156$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .049$ ) <b>Depresión</b> ( $F_{1,571} = 20.439$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .035$ )		Las mujeres > Autocuidado interno Las mujeres > Depresión
		<b>Edad2</b> Traza de Pillai =.021 $F_{10,1136} = 1.223$ ; $p = .271$ ; $\eta^2 = .011$	<b>Autocuidado interno</b> ( $F_{2,1144} = 29.156$ ; $p = .019$ ; $\eta^2 = .019$ )		Los mayores de 65 años > Autocuidado interno
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .013; $F_{10,1136} = .732$ ; $p = .695$ ; $\eta^2 = .006$	No	No	No hay efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en el grupo de variables de Salud
	Soledad y Aislamiento	<b>Sexo</b> Traza de Pillai=.038; $F_{5,578} = 4.617$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .038$	<b>Aislamiento</b> ( $F_{1,582} = 4.338$ ; $p = .038$ ; $\eta^2 = .007$ )		Las mujeres informan de > soledad por aislamiento
		<b>Edad2</b> Traza de Pillai=.009; $F_{10,1158} = .535$ ; $p = .866$ ; $\eta^2 = .005$	No		No hay efectos de interacción entre la Edad y el Sexo en los sentimientos de Soledad y Aislamiento
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .008; $F_{10,1158} = .440$ ; $p = .927$ ; $\eta^2 = .004$	No		

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; DM= diferencias de medias; > =mayor; < =menor.

#### 9.4.2. Análisis de las variables Sexo \* Estado Civil2 (casados vs. resto)

En esta apartado se volverán a repetir los análisis previos que se han realizado para la Edad\*Sexo, pero en esta ocasión se estudiará la interacción entre el Estado Civil y el Sexo de los participantes, con el fin de explorar la posible existencia de efectos interacción del Sexo y el Estado Civil en los diversos grupos de variables dependientes analizadas en este estudio. Como se ha comentado, en esta ocasión, se utilizará la variable independiente Estado Civil (EC2), que es el resultado de la recodificación de la variable Estado Civil compuesta por cuatro categorías (“Casados”, “Solteros”, “Viudos” y “Separados/Divorciados”) en una variable con dos categorías (“Casados vs. Resto”). El criterio con que se basa esta recodificación responde a intereses de investigación, tras realizar una revisión de la literatura, dado que se puede hipotetizar que el hecho de tener una pareja sentimental o no y por lo tanto mantener un vínculo afectivo de compromiso y convivencia con un compañero vital, podría afectar en la percepción sobre uno mismo en su proceso de envejecimiento y en los sentimientos sobre la soledad, tristeza, satisfacción o bienestar, y por consiguiente en la consideración de su propio envejecimiento como exitoso y satisfactorio. Se pretende averiguar si las diferentes condiciones en la situación civil de las personas mayores difieren entre hombres y mujeres. Es por ello que pensamos que el análisis multivariante con la variable recodificada Estado Civil que diferencia entre las personas que actualmente están casadas de las que no, puede aportar matices interesantes a este estudio.

A continuación en la Tabla 136 se muestran los valores de *N* y los valores perdidos para la interacción de las variables independientes Sexo y Estado Civil (EC2). Esta variable sociodemográfica, como ya se ha comentado, es el resultado de la recodificación de la variable Estado civil compuesta por las siguientes condiciones o categorías de respuestas: “Casados”, “Solteros”, “Viudos” y “Separados/Divorciados” en una variable categórica con dos condiciones: “Casados vs. Resto”.

Tabla 136. Valores de *N* para las variables Sexo \* Estado Civil (EC2).

	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Casados vs resto	621	95,2%	31	4,8%	652	100,0%

*Nota:* N= Tamaño muestra; Sexo \* Estado Civil = Interacción de las variables Sexo y la variable Estado Civil (EC2): Casados vs Resto.

En la siguiente Tabla 137, se presentan los valores de *N* distribuidos según el Estado civil (EC2) y el Sexo de los participantes. Podemos observar que el tamaño de la muestra se compone finalmente de 621 casos en total, de los cuales las mujeres son mayoritarias en todos los grupos, tanto en personas que están casadas (*N*=450) como solteras (*N*= 163). Además hay una mayor representación tanto de hombres como de mujeres en la condición de “Casados”.

Tabla 137. *Tabla de contingencia Sexo \* Estado Civil (EC2).*

		Estado Civil (EC2)		Total
		Resto	Casado	
Sexo	Hombre	27	167	194
	Mujer	136	291	427
Total		163	458	621

*Nota:* Recuento de casos; Estado Civil (EC2)= variable Estado Civil recodificada en dos categorías: Casados vs Resto.

#### **9.4.2.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social**

En este apartado se explicarán los resultados obtenidos para investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes relacionadas con los Recursos Sociales: la Red social y el Apoyo social en función del Sexo y el Estado Civil (EC2), así como sus efectos de interacción. El objetivo es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativos de las dos variables independientes sobre las variables dependientes de Recursos Sociales. Para ello, se estimó un MANOVA 2 (EstadoCivil2) x 2 (Sexo) con las variables dependientes Red social y los dos factores de Apoyo social funcional: Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo.

Los análisis descriptivos calculados para estas variables, tanto medias como desviaciones típicas, se muestran en la Tabla 137. En concreto, podemos observar que en la variable Red social y estructural de Lubben, las mujeres “casadas” obtienen valores más elevados e informan de una mayor Red social que el resto ( $M = 3.60$ ;  $DT=.86$ ). En el grupo de los hombres, también son los hombres que están “casados”, los que obtienen puntuaciones medias más altas en esta variable ( $M = 3.55$ ;  $DT = .73$ ). Para el factor Apoyo social confidencial, observamos que las mujeres “no casadas” obtienen puntuaciones más altas que el resto ( $M = 4.01$ ;  $DT = .90$ ), en cambio, en el grupo de hombres, los “casados” informan de un mayor Apoyo social confidencial ( $M = 3.94$ ;  $DT= .90$ ). Por último, en cuanto el Apoyo social afectivo, ocurre lo contrario y son los hombres “casados” las que registran unas puntuaciones medias más altas que el resto ( $M=4.14$ ;  $DT = .90$ ), mientras que son las mujeres

que “no están casadas” las que obtienen puntuaciones mayores en este factor ( $M = 4.07$ ;  $DT=1.01$ ).

Tabla 138. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Variables	Sexo	Estado Civil (EC2)	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural Lubben	Hombre	Resto	3.1154	1.02779	26
		Casado	3.5526	.73966	165
		Total	3.4931	.79613	191
	Mujer	Resto	3.5693	.78453	133
		Casado	3.6081	.86979	283
		Total	3.5957	.84272	416
	Total	Resto	3.4950	.84244	159
		Casado	3.5876	.82385	448
		Total	3.5634	.82906	607
Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	Resto	3.6758	.99521	26
		Casado	3.9438	.90377	165
		Total	3.9073	.91860	191
	Mujer	Resto	4.0185	.90634	133
		Casado	4.0126	.84596	283
		Total	4.0145	.86463	416
	Total	Resto	3.9624	.92691	159
		Casado	3.9873	.86733	448
		Total	3.9808	.88262	607
Apoyo social afectivo-Duke	Hombre	Resto	3.8045	1.14841	26
		Casado	4.1480	.90824	165
		Total	4.1012	.94842	191
	Mujer	Resto	4.0708	1.01070	133
		Casado	4.0665	.90089	283
		Total	4.0679	.93617	416
	Total	Resto	4.0273	1.03531	159
		Casado	4.0965	.90344	448
		Total	4.0784	.93939	607

Nota: N=Tamaño muestral; Estado Civil (EC2) = Casados vs Resto.

Posteriormente, se realizó un primer MANOVA 2x2 entre sujetos con las tres variables dependientes: Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Las variables independientes fueron el Estado Civil (EC2) que tiene dos condiciones: “Casados vs. Resto” (los casados frente a los que no lo están) y el Sexo de los participantes (ver Tabla 139). En base al criterio de Pillai, el Sexo sí que afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .016;  $F(3,601)=3.232$ ;  $p = .022$ ;  $\eta^2 =.016$ ). Aunque el tamaño del efecto obtenido es pequeño, dado que sólo explica el 1.6% de la varianza explicada. En cambio, ni el Estado Civil (EC2): Traza de Pillai = .011;  $F(3,601) = 2.170$ ;  $p=.090$ ;  $\eta^2 =.011$ , ni tampoco su interacción con el Sexo afectan significativamente a las variables dependientes analizadas globalmente (Traza de Pillai = .008;  $F(3,601) = 1.615$ ;  $p=.185$ ;  $\eta^2 =.008$ ). Los resultados reflejan una muy baja asociación entre el Estado Civil y la combinación de variables, pues el tamaño del efecto es 1.1% en la varianza explicada. La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial, pues el tamaño del efecto es del 0.8%.

Tabla 139. *Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.016	3.232 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.022	.016
	Lambda de Wilks	.984	3.232 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.022	.016
	Traza de Hotelling	.016	3.232 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.022	.016
	Raíz mayor de Roy	.016	3.232 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.022	.016
EC2	Traza de Pillai	.011	2.170 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.090	.011
	Lambda de Wilks	.989	2.170 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.090	.011
	Traza de Hotelling	.011	2.170 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.090	.011
	Raíz mayor de Roy	.011	2.170 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.090	.011
SEXO * EC2	Traza de Pillai	.008	1.615 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.185	.008
	Lambda de Wilks	.992	1.615 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.185	.008
	Traza de Hotelling	.008	1.615 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.185	.008
	Raíz mayor de Roy	.008	1.615 <sup>b</sup>	3.000	601.000	.185	.008

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, a continuación se realizaron análisis

univariantes de la varianza adicionales, (ANOVAs) de continuación, para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, pues en cuanto al Sexo ha resultado estadísticamente significativo encontrándose que el Sexo afecta significativamente en la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 140. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 138. Como se puede observar, se encontraron efectos principales del Sexo tanto en la Red Social ( $F(1,603) = 6.854; p=.009; \eta^2 =.011$ ) como en el Apoyo social confidencial ( $F(1,603) = 3.917; p = .048; \eta^2=.006$ ). En ambos casos, las mujeres informan por una parte de una mayor percepción en su Red social y, por otra, de una mayor percepción de Apoyo social confidencial. No obstante, puede apreciarse que el tamaño del efecto en ambos casos es pequeño (1.1% y 0.6% respectivamente). El efecto principal del Estado Civil (EC2) también resultó estadísticamente significativo para la variable Red social ( $F(1,603) = 5.985; p = .015; \eta^2=.010$ ), en este caso son las personas que están casadas las que perciben una mayor Red social que el resto. A pesar de ello, el tamaño del efecto es también muy pequeño (1%). Para finalizar, solamente una interacción resultó estadísticamente significativa, y fue sobre la Red social ( $F(1,603) = 4.193; p = .041; \eta^2 =.007$ ).

Tabla 140. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural Lubben	4.669	1	4.669	6.854	.009	.011
	Apoyo social confidencial-Duke	3.046	1	3.046	3.917	.048	.006
	Apoyo social afectivo-Duke	.615	1	.615	.697	.404	.001
EC2	Red social y estructural Lubben	4.077	1	4.077	5.985	.015	.010
	Apoyo social confidencial-Duke	1.236	1	1.236	1.590	.208	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	2.071	1	2.071	2.347	.126	.004
SEXO * EC2	Red social y estructural Lubben	2.856	1	2.856	4.193	.041	.007
	Apoyo social confidencial-Duke	1.349	1	1.349	1.735	.188	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	2.176	1	2.176	2.467	.117	.004

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = variable Estado Civil: casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

El efecto de interacción del Estado Civil y el Sexo fue de muy baja cuantía (0.7% de varianza explicada) y puede consultarse en la Figura 42. Puede apreciarse cómo las mujeres que no están casadas informan de mayor red social que los hombres que no están casados y

que además las casadas informan también ligeramente de mayor red social que los hombres casados. Además, también se puede deducir que esta diferencia es más acusada para los hombres, en el sentido que los casados tienen en mayor medida la percepción de una mayor Red social que los no casados. En las mujeres esta diferencia es menor.

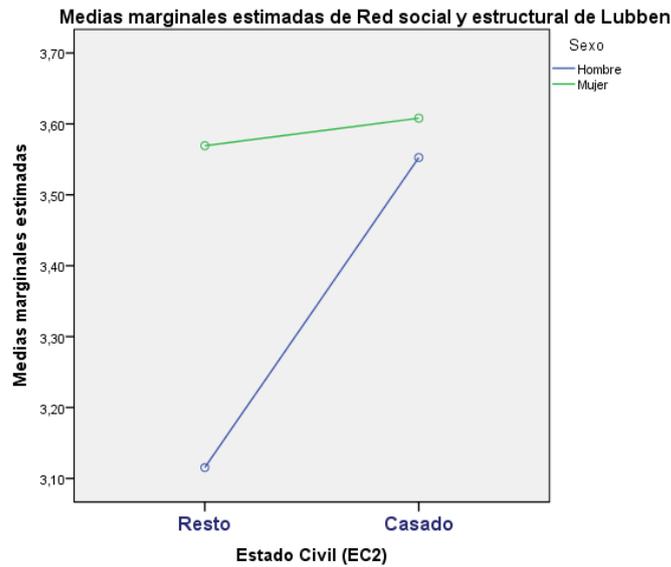


Figura 42. Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Red social.

En síntesis, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre el Sexo y el Estado civil (EC2) sobre el conjunto de variables dependientes cuando se ha realizado el MANOVA general, es decir, encontramos un efecto multivariado no significativo en dicha interacción. Tan solo se ha encontrado un efecto principal significativo del Sexo sobre la combinación de variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales. Aunque el tamaño del efecto es muy pequeño. Tras calcular los estadísticos univariados para examinar las respuestas individuales en cada variable dependiente por separado (ANOVAs de continuación), con la intención de explorar si estos los resultados univariados pueden proporcionar una comprensión más exhaustiva de las relaciones detectadas en los datos, se ha comprobado, sin embargo, que los resultados univariados difieren de los resultados multivariados. Por una parte, y dado que el MANOVA ha resultado significativo para el Sexo, los resultados obtenidos con el ANOVAs de seguimiento evidencian que estas diferencias significativas en función del Sexo son para la Red social y para el Apoyo social confidencial, en otras palabras, que el Sexo de los participantes afecta en la percepción de una mayor o menor red social. En concreto, las mujeres perciben una mayor red y un mayor apoyo social y

por consiguiente, una mayor posibilidad de contar con personas para comunicarse. También, y a pesar de que con el análisis multivariante no se encontraron efectos principales del Estado Civil sobre el conjunto de variables dependientes, se encontró con el ANOVA que el Estado civil afecta significativamente a la Red social, aunque también el tamaño del efecto fue pequeño. Son las personas casadas las que perciben una mayor Red social y apoyo. Finalmente se encontraron efectos de interacción significativos del Sexo y el Estado civil en la Red social, de forma que la relación entre un factor y la respuesta depende del resto de los factores incluidos en el término. Se ha comprobado que en general las personas casadas informan de mayor Red social y apoyo, especialmente las mujeres, pero en cambio, los hombres no casados perciben una red social deficitaria y menor apoyo que, por una parte, los hombres casados y, por otra, las mujeres no casadas. Por lo tanto, el hecho de tener una pareja es mucho más importante para los hombres mayores que para las mujeres, dado que en ellos el tamaño de su Red social y la percepción de un mayor apoyo social pueden depender en mayor medida de su Estado Civil. En el caso de las mujeres su condición civil influye menos en la percepción de un mayor o menor apoyo social.

#### ***9.4.2.2. Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Siguiendo con los análisis, a continuación se expondrán los resultados obtenidos para investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes relacionadas con la Satisfacción vital y el Bienestar en función del Sexo y el Estado Civil (EC2), así como sus posibles efectos de interacción en: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente, Satisfacción con la vida futura. Es decir, básicamente el objetivo es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas en el caso de que hubiera, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes que evalúan Bienestar y Satisfacción con la vida. Para ello, se estimó un MANOVA 2 (EstadoCivil2) x 2 (Sexo) con los seis factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida.

En la siguiente Tabla 141, se han resumido los análisis descriptivos obtenidos para las variables, tanto medias como desviaciones típicas. En concreto, empezando por el factor Autonomía del Bienestar Psicológico, los hombres que no están casados obtienen valores más

elevados en esta variable que el resto ( $M = 3.56$ ;  $DT = .52$ ). En el grupo de las mujeres son las que están “casadas”, las que obtienen puntuaciones medias más altas en esta variable ( $M=3.55$ ;  $DT = .51$ ). Para el factor Dominio del entorno, observamos que son los hombres “casados” los que obtienen puntuaciones más altas que el resto ( $M = 3.65$ ;  $DT = .51$ ), también en el grupo de las mujeres son las casadas las que obtienen valores más altos en este factor ( $M=3.55$ ;  $DT=.54$ ). A continuación, para el componente Crecimiento Personal, las mujeres “casadas” registran medias más altas que el resto de los grupos ( $M = 3.93$ ;  $DT = .96$ ), en el grupo de los hombres también son los “casados” los que informan de mayor Crecimiento personal ( $M=3.79$ ;  $DT = .54$ ). En el factor Relaciones positivas con los demás de la Escala de Bienestar, los hombres “casados” obtienen puntuaciones mayores ( $M = 3.61$ ;  $DT = .98$ ), al igual que en el grupo de las mujeres pues también son las que están “casadas” las que tienen valores más altos ( $M = 3.59$ ;  $DT = .76$ ). Para Propósito de vida, las mujeres “casadas” obtienen valores más elevados que el resto ( $M = 3.37$ ;  $DT = .63$ ), al igual que en el grupo de los hombres ( $M=3.33$ ;  $DT = .61$ ). Finalmente, para el factor Autoaceptación del Bienestar Psicológico, las puntuaciones medias más altas las registran los hombres “casados” ( $M=3.65$ ;  $DT = .58$ ), y en las mujeres también ( $M = 3.56$ ;  $DT = .63$ ). Respecto a la Satisfacción con la vida pasada de nuevo son los hombres “casados” los que obtienen valores mayores ( $M = 3.48$ ;  $DT = .84$ ), en el grupo de las mujeres, también son las “casadas” las que puntúan más alto ( $M= 3.45$ ;  $DT=.83$ ).

Tabla 141. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Variables	Sexo	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	Resto	3.5679	.52959	27
		Casado	3.4827	.52107	164
		Total	3.4948	.52172	191
	Mujer	Resto	3.4542	.55008	131
		Casado	3.5504	.51633	281
		Total	3.5198	.52853	412
	Total	Resto	3.4736	.54666	158
		Casado	3.5255	.51853	445
		Total	3.5119	.52608	603
	Environmental Mastery Ryff	Hombre	Resto	3.4691	.82306
Casado			3.6524	.51739	164
Total			3.6265	.57136	191
Mujer		Resto	3.4491	.60337	131
		Casado	3.5540	.54858	281
		Total	3.5206	.56795	412
Total		Resto	3.4525	.64319	158
		Casado	3.5903	.53881	445
		Total	3.5542	.57069	603
Personal Growth Ryff		Hombre	Resto	3.7160	.76070
	Casado		3.7937	.54668	164
	Total		3.7827	.57993	191
	Mujer	Resto	3.8499	.62459	131
		Casado	3.9389	.96059	281
		Total	3.9106	.86819	412
	Total	Resto	3.8270	.64916	158
		Casado	3.8854	.83459	445
		Total	3.8701	.79012	603
	Positive relations Ryff	Hombre	Resto	3.4259	.73719
Casado			3.6199	.98377	164
Total			3.5925	.95354	191
Mujer		Resto	3.4122	.72008	131
		Casado	3.5925	.76242	281
		Total	3.5352	.75305	412
Total		Resto	3.4146	.72067	158
		Casado	3.6026	.84974	445
		Total	3.5533	.82149	603
Purpose in life Ryff		Hombre	Resto	3.2346	.58335
	Casado		3.3313	.61949	164
	Total		3.3176	.61396	191
	Mujer	Resto	3.1679	.68266	131
		Casado	3.3731	.63473	281
		Total	3.3078	.65652	412
	Total	Resto	3.1793	.66548	158
		Casado	3.3577	.62878	445
		Total	3.3109	.64285	603

Nota: N=Tamaño muestral; Estado Civil 2 = Casados vs Resto; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 141. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

VARIABLES	Sexo	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N
Self acceptance Ryff	Hombre	Resto	3.2963	.75862	27
		Casado	3.6545	.58134	164
		Total	3.6038	.61995	191
	Mujer	Resto	3.4059	.73150	131
		Casado	3.5611	.63833	281
		Total	3.5117	.67237	412
	Total	Resto	3.3871	.73490	158
		Casado	3.5955	.61892	445
		Total	3.5409	.65710	603
	Satisfacción Vida Pasada	Hombre	Resto	3.2370	.88758
Casado			3.4811	.84388	164
Total			3.4466	.85206	191
Mujer		Resto	3.2565	.97220	131
		Casado	3.4550	.83532	281
		Total	3.3919	.88481	412
Total		Resto	3.2532	.95559	158
		Casado	3.4646	.83763	445
		Total	3.4092	.87423	603
Satisfacción Vida Presente		Hombre	Resto	3.3926	1.15889
	Casado		3.8665	.78873	164
	Total		3.7995	.86306	191
	Mujer	Resto	3.6753	.89474	131
		Casado	3.7267	.86606	281
		Total	3.7104	.87452	412
	Total	Resto	3.6270	.94694	158
		Casado	3.7782	.84020	445
		Total	3.7386	.87117	603
	Satisfacción Vida Futura	Hombre	Resto	3.3593	.82742
Casado			3.5387	.70614	164
Total			3.5134	.72484	191
Mujer		Resto	3.5164	.66391	131
		Casado	3.5359	.69407	281
		Total	3.5297	.68387	412
Total		Resto	3.4896	.69417	158
		Casado	3.5369	.69775	445
		Total	3.5245	.69655	603

Nota: N=Tamaño muestral; Estado Civil 2 = Casados vs Resto; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

En cuanto a la Satisfacción con la vida presente, los hombres “casados” informan de valores más elevados ( $M = 3.86$ ;  $DT = .78$ ) al igual que las mujeres “casadas” que se sienten más satisfechas en la actualidad ( $M = 3.72$ ;  $DT = .86$ ). En último lugar, en relación con la Satisfacción con la vida futura, tanto los hombres “casados” ( $M = 3.53$ ;  $DT = .70$ ) como las mujeres “casadas” puntúan más alto ( $M = 3.53$ ;  $DT = .69$ ).

Se realizó un MANOVA 2x2 entre sujetos, con nueve variables dependientes, los seis factores del Bienestar psicológicos y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con

la vida presente y Satisfacción con la vida futura. Las variables independientes fueron el Estado Civil (EC2) que tiene dos categorías: Casados vs Resto y el Sexo de los participantes. En base al criterio de Pillai, el Sexo no afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .010;  $F(9, 591) = .647$ ;  $p = .757$ ;  $\eta^2 = .010$ ), además con un tamaño del efecto pequeño dado que sólo explica el 1% de la varianza explicada. En cambio, el Estado Civil (EC2), sí que afecta a la combinación de variables dependientes de Bienestar y Satisfacción: Traza de Pillai = .029;  $F(9,591) = 1.968$ ;  $p = .041$ ;  $\eta^2 = .029$ . Aunque el tamaño del efecto es modesto (2.9%). Por lo que el hecho de estar casado o no, si que influye en los sentimientos de Bienestar y Satisfacción que experimenta las personas mayores. Por otra parte, no se han encontrado efectos principales de interacción de las variables independientes sobre las dependientes, es decir, la interacción del Estado civil con el Sexo no afectan significativamente a las variables dependientes analizadas globalmente (Traza de Pillai = .017;  $F(9,951) = 1.114$ ;  $p = .350$ ;  $\eta^2 = .017$ ). La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial pues el tamaño del efecto es del 1.7% (ver Tabla 142).

Tabla 142. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.010	.647 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.757	.010
	Lambda de Wilks	.990	.647 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.757	.010
	Traza de Hotelling	.010	.647 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.757	.010
	Raíz mayor de Roy	.010	.647 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.757	.010
EC2	Traza de Pillai	.029	1.968 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.041	.029
	Lambda de Wilks	.971	1.968 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.041	.029
	Traza de Hotelling	.030	1.968 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.041	.029
	Raíz mayor de Roy	.030	1.968 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.041	.029
SEXO * EC2	Traza de Pillai	.017	1.114 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.350	.017
	Lambda de Wilks	.983	1.114 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.350	.017
	Traza de Hotelling	.017	1.114 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.350	.017
	Raíz mayor de Roy	.017	1.114 <sup>b</sup>	9.000	591.000	.350	.017

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite inferior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, se realizaron análisis de varianza de continuación (ANOVAs), para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en

cada variable dependiente por separado, pues el Estado Civil ha resultado estadísticamente significativo encontrándose que afecta significativamente en la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 143. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 141. No se encontraron efectos principales del Sexo en ninguna de las variables dependientes analizadas separadamente. Es decir que el hecho de ser hombre o mujer no afecta en la percepción de un mayor o menor Bienestar o Satisfacción Vital. Además, como se puede observar, se encontraron efectos principales del Estado Civil en varias variables dependientes. En primer lugar, se encontraron diferencias significativas en el factor Dominio del entorno del Bienestar Psicológico ( $F(1,599)=4.748$ ;  $p = .030$ ;  $\eta^2=.008$ ). El tamaño del efecto es bastante pequeño (0.8%). Son las personas casadas las que tienen valores más altos en este factor. Las personas con un alto Dominio del entorno tienen una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten capaces de influir sobre este contexto ambiental. En segundo lugar, se encontraron también efectos principales del Estado civil en la variable Relaciones positivas con los demás ( $F(1,599) = 3.842$ ;  $p = .050$ ;  $\eta^2 =.006$ ). De nuevo el tamaño del efecto explica muy poco la variabilidad en esta variable (0.6%). Son las personas casadas las que manifiestan mejores relaciones positivas con los demás y demuestran empatía y tienen firmes sentimientos de afecto hacia otras personas, son capaces de dar más amor y de tener profundas relaciones de amistad. En tercer lugar, también se encontraron diferencias significativas en función del Estado Civil en el factor Propósito de vida ( $F(1,599) = 4.104$ ;  $p = .043$ ;  $\eta^2 =.007$ ) con un tamaño del efecto muy bajo (0.7%). Nuevamente, las personas casadas obtienen valores más altos en este factor del Bienestar psicológico, lo cual significa que sienten que la vida tiene significado, con mayor sensación de dirección e intencionalidad, más creativa y productiva al poder marcarse metas en la vida y definir objetivos que les permitan darle un sentido a su vida.

En cuarto lugar, se encontraron también efectos principales del Estado Civil en el factor Autoaceptación ( $F(1,599) = 11.456$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2 =.019$ ). Y de entre todas las variables que han resultado significativas en los análisis univariantes, ésta es la que explica mayor varianza, pues el tamaño del efecto aunque también pequeño, es algo mayor que el resto (1.9%). De nuevo, las personas casadas sienten más Autoaceptación (lo cual implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida), este componente es una característica central de la autorrealización, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad. Además y en último lugar, se encontraron efectos

principales del Estado Civil en Satisfacción con la vida pasada ( $F(1,599) = 4.748; p = .030; \eta^2 = .008$ ) y sobretodo en Satisfacción con la vida presente ( $F(1,599) = 6.753; p = .010; \eta^2 = .011$ ), pues el tamaño del efecto sobre la dimensión presente de la Satisfacción con la vida es mayor (1.1%). En general las personas casadas informan de más satisfacción con la vida tanto en el pasado como en el presente. Se sienten más satisfechos con sus experiencias vitales en el pasado y con las actuales.

Para finalizar, solamente una interacción resultó estadísticamente significativa, y fue sobre la Satisfacción con la vida presente ( $F(1,599) = 4.370; p = .037; \eta^2 = .007$ ), es decir, la relación entre el Sexo y la respuesta obtenida la Satisfacción presente depende del Estado civil de la persona. El efecto de interacción fue de muy bajo (0.7% de varianza explicada) (Figura 43). Se puede apreciar que sobre todo los hombres se sienten más satisfechos con la vida en el momento presente si están casados y al contrario, más insatisfechos si no lo están. En las mujeres esta diferencia no es tan acusada, y el hecho de estar casadas o no, no influye tanto en la satisfacción.

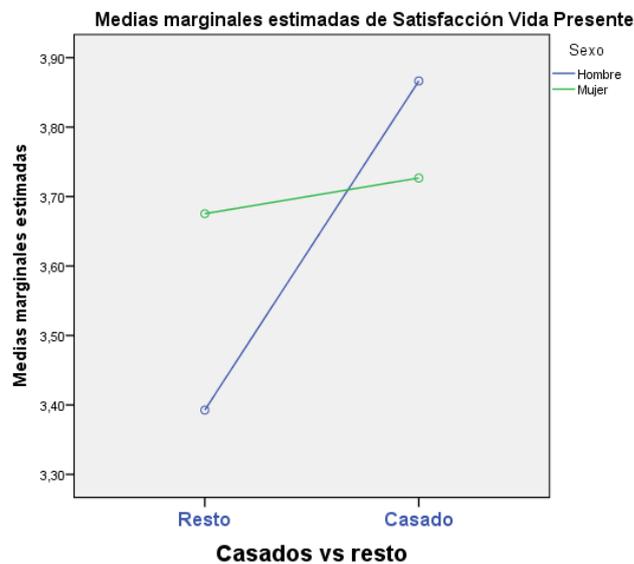


Figura 43. Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Satisfacción vital presente.

Tabla 143. ANOVAs de continuación) para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Autonomía Ryff	.039	1	.039	.141	.707	.000
	Environmental Mastery Ryff	.258	1	.258	.803	.371	.001
	Personal Growth Ryff	1.433	1	1.433	2.302	.130	.004
	Positive relations Ryff	.031	1	.031	.046	.830	.000
	Purpose in life Ryff	.011	1	.011	.028	.868	.000
	Self acceptance Ryff	.005	1	.005	.011	.915	.000
	Satisfacción Vida Pasada	.001	1	.001	.001	.974	.000
	Satisfacción Vida Presente	.376	1	.376	.500	.480	.001
Satisfacción Vida Futura	.438	1	.438	.901	.343	.002	
EC2	Autonomía Ryff	.002	1	.002	.008	.928	.000
	Environmental Mastery Ryff	1.529	1	1.529	4.748	.030	.008
	Personal Growth Ryff	.511	1	.511	.822	.365	.001
	Positive relations Ryff	2.579	1	2.579	3.842	.050	.006
	Purpose in life Ryff	1.677	1	1.677	4.104	.043	.007
	Self acceptance Ryff	4.852	1	4.852	11.456	.001	.019
	Satisfacción Vida Pasada	3.605	1	3.605	4.748	.030	.008
	Satisfacción Vida Presente	5.078	1	5.078	6.753	.010	.011
Satisfacción Vida Futura	.728	1	.728	1.498	.221	.002	
SEXO * EC2	Autonomía Ryff	.606	1	.606	2.192	.139	.004
	Environmental Mastery Ryff	.113	1	.113	.352	.553	.001
	Personal Growth Ryff	.002	1	.002	.004	.951	.000
	Positive relations Ryff	.003	1	.003	.005	.943	.000
	Purpose in life Ryff	.216	1	.216	.529	.467	.001
	Self acceptance Ryff	.758	1	.758	1.790	.181	.003
	Satisfacción Vida Pasada	.038	1	.038	.050	.823	.000
	Satisfacción Vida Presente	3.286	1	3.286	4.370	.037	.007
Satisfacción Vida Futura	.471	1	.471	.969	.325	.002	

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

En síntesis, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre el Sexo y el Estado civil (EC2) sobre el conjunto de variables dependientes cuando se ha realizado el MANOVA. Tan solo se ha encontrado un efecto principal significativo del Estado Civil sobre la combinación de variables dependientes que evalúan el Bienestar y la Satisfacción vital. Aunque el tamaño del efecto es muy pequeño. Tras calcular

los estadísticos univariados para examinar las respuestas individuales en cada variable dependiente por separado (ANOVAs de continuación), con la intención de explorar si los resultados univariados pueden proporcionar una comprensión más intuitiva de las relaciones en los datos. Sin embargo, se ha comprobado que los resultados univariados difieren un poco de los resultados multivariados, principalmente porque se ha encontrado un efecto principal en lo que respecta a la interacción entre el Sexo y el Estado civil sobre la Satisfacción con la vida en el presente.

Además, y dado que el MANOVA ha resultado significativo para el Estado Civil, los resultados obtenidos con los ANOVAs de seguimiento evidencian que estas diferencias significativas en función del Estado Civil son para Dominio del Entorno, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida y Autoaceptación, todos ellos factores que componen el Bienestar Psicológico. En otras palabras, se ha comprobado que en concreto, las personas que están casadas perciben que tienen mayor Dominio del entorno (tienen una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten capaces de influir sobre este contexto ambiental), mejores Relaciones positivas con los demás, mayor Propósito en la vida (con una direccionalidad, con metas y objetivos) y mayor Autoaceptación y autorrealización. También se encontraron efectos principales del Estado Civil en Satisfacción con la vida pasada y presente, de forma que son las personas casadas las que más satisfacción sienten con su vida en general. Finalmente se encontraron efectos de interacción significativos entre el Sexo y el Estado civil en Satisfacción con la vida presente (este resultado difiere del MANOVA). Se ha evidenciado que las personas casadas informan de una mayor Satisfacción vital presente pero para los hombres casados esto es más importante, dado que tienen niveles más altos de satisfacción que los que no lo están. En las mujeres el Estado Civil y el hecho de estar casadas o no, no es tan significativo y relevante para la evaluación y satisfacción vital.

#### ***9.4.2.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado***

En este punto se explicarán los resultados obtenidos para indagar sobre la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes que evalúan la Salud en función del Sexo y el Estado Civil, e investigar los efectos de interacción entre ambas (cuando el efecto de un factor sobre la VD depende de cuál sea el nivel del otro factor). Para ello se estimó un MANOVA 2 (Estado Civil EC2) x 2 (Sexo) con todos los factores y

variables dependientes: Salud percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión.

En la siguiente Tabla 144, se presentan las medias y desviaciones típicas distribuidas según el Estado Civil y el Sexo para las puntuaciones obtenidas en las escalas. En la Salud percibida, el grupo de hombres “casados” obtiene puntuaciones medias más altas en esta variable ( $M = 4.11$ ;  $DT = .62$ ), en el grupo de las mujeres son también las que están “casadas” las que informan de valores más altos ( $M = 4.02$ ;  $DT=.66$ ). En el factor Autocuidado físico el grupo de hombres “casados” puntúan más alto en esta dimensión del Autocuidado ( $M = 3.88$ ;  $DT = .68$ ), en cambio en el grupo de las mujeres son las que no se encuentran casadas las que registran medias más elevadas que las casadas ( $M = 4.03$ ;  $DT = 1.09$ ). Respecto al Autocuidado social, el grupo de mujeres que no están casadas son las que obtienen puntuaciones medias más altas ( $M=4.02$ ;  $DT = .72$ ), mientras que en el grupo de hombres, son los “casados” los que puntúan más alto en este factor de Autocuidado ( $M = 3.99$ ;  $DT = .53$ ). Para el Autocuidado interno, de nuevo el grupo de las mujeres “no casadas” son las que informan de valores más altos que el resto ( $M = 3.41$ ;  $DT = .94$ ), en cambio en el grupo de los hombres son los “casados” los que obtienen medias más elevadas ( $M = 2.94$ ;  $DT = .95$ ). Finalmente, para la Depresión las mujeres que no están casadas son las que registran valores medios más altos en sintomatología depresiva ( $M = 1.82$ ;  $DT = .77$ ) que el resto, en el grupo de los hombres también los que no están casados son los que sienten una mayor sintomatología depresiva ( $M = 1.63$ ;  $DT = .82$ ).

De nuevo, se realizó un MANOVA 2x2 entre sujetos con las cinco variables dependientes que miden la Salud: Salud autopercebida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión. Las variables independientes fueron el Estado Civil (EC2) que tiene dos categorías: “Casados vs Resto” y el Sexo de los participantes (ver Tabla 145). En base al criterio de Pillai, el Sexo afecta significativamente a la combinación de variables dependientes pues se encontraron diferencias significativas (Traza de Pillai = .064;  $F(5,586)=8.011$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 =.064$ ) con un tamaño del efecto relativamente modesto pues sólo explica el 6.4% de la varianza explicada. Además también se encontraron diferencias significativas en las variables dependientes en función del Estado Civil (EC2). Se encontraron efectos principales en la combinación de variables que evalúan la Salud: Traza de Pillai=.019;  $F(5,586) = 2.258$ ;  $p = .047$ ;  $\eta^2 =.019$ . Aunque el tamaños del efecto sobre la variabilidad

explicada por el Estado Civil es pequeño (1.9%). El hecho de estar casado o no si que influye en la percepción de una menor o mayor salud física y mental.

Tabla 144. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Variables	Sexo	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N	
Perceived Health	Hombre	Resto	3.8935	.71670	26	
		Casado	4.1115	.62669	161	
		Total	4.0812	.64234	187	
	Mujer	Resto	3.9334	.70260	131	
		Casado	4.0274	.66914	276	
		Total	3.9972	.68064	407	
	Total	Resto	3.9268	.70279	157	
		Casado	4.0584	.65436	437	
			Total	4.0236	.66942	594
	Self Care-physical	Hombre	Resto	3.7949	.82234	26
Casado			3.8830	.68182	161	
Total			3.8708	.70123	187	
Mujer		Resto	4.0369	1.09609	131	
		Casado	3.9269	.74806	276	
		Total	3.9623	.87542	407	
Total		Resto	3.9968	1.05721	157	
		Casado	3.9108	.72388	437	
		Total	3.9335	.82507	594	
Self Care-social		Hombre	Resto	3.5769	.84094	26
	Casado		3.9917	.53742	161	
	Total		3.9340	.60349	187	
	Mujer	Resto	4.0293	.72985	131	
		Casado	4.0133	.56248	276	
		Total	4.0184	.62042	407	
	Total	Resto	3.9544	.76530	157	
		Casado	4.0053	.55286	437	
			Total	3.9919	.61588	594
	Self Care-internal	Hombre	Resto	2.8462	1.02948	26
Casado			2.9410	.95350	161	
Total			2.9278	.96209	187	
Mujer		Resto	3.4122	.94740	131	
		Casado	3.3345	.94249	276	
		Total	3.3595	.94360	407	
Total		Resto	3.3185	.98101	157	
		Casado	3.1895	.96438	437	
		Total	3.2236	.96964	594	
Depresión		Hombre	Resto	1.6383	.82462	26
	Casado		1.4640	.57740	161	
	Total		1.4882	.61793	187	
	Mujer	Resto	1.8261	.77117	131	
		Casado	1.7732	.77176	276	
		Total	1.7902	.77102	407	
	Total	Resto	1.7950	.78068	157	
		Casado	1.6593	.72133	437	
			Total	1.6951	.73924	594

Nota: N=Tamaño muestral; Estado Civil 2 = Casados vs Resto; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Por otra parte, no se han encontrado efectos principales de interacción de las variables independientes sobre las dependientes, es decir, la interacción o interrelación del Estado civil con el Sexo no afectan significativamente a las variables dependientes cuando son analizadas globalmente (Traza de Pillai = .015;  $F(5,586) = 1.793$ ;  $p = .112$ ;  $\eta^2 = .015$ ). La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial pues el tamaño del efecto es del 1.5%.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, se realizaron análisis de varianza univariados (ANOVAs) para examinar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, dado que en cuanto al Estado Civil y el Sexo han resultado ambos estadísticamente significativo en el análisis multivariado anterior, encontrándose que afecta significativamente en la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 146. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 144.

Tabla 145. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.064	8.011 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.000	.064
	Lambda de Wilks	.936	8.011 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.000	.064
	Traza de Hotelling	.068	8.011 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.000	.064
	Raíz mayor de Roy	.068	8.011 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.000	.064
EC2	Traza de Pillai	.019	2.258 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.047	.019
	Lambda de Wilks	.981	2.258 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.047	.019
	Traza de Hotelling	.019	2.258 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.047	.019
	Raíz mayor de Roy	.019	2.258 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.047	.019
SEXO *	Traza de Pillai	.015	1.793 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.112	.015
	Lambda de Wilks	.985	1.793 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.112	.015
EC2	Traza de Hotelling	.015	1.793 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.112	.015
	Raíz mayor de Roy	.015	1.793 <sup>b</sup>	5.000	586.000	.112	.015

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

Tabla 146. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Depresión y Autocuidado en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	.035	1	.035	.078	.780	.000
	Self Care-physical	1.462	1	1.462	2.149	.143	.004
	Self Care-social	4.016	1	4.016	10.762	.001	.018
	Self Care-internal	16.464	1	16.464	18.228	.000	.030
	Depresión	4.416	1	4.416	8.366	.004	.014
EC2	Perceived Health	1.740	1	1.740	3.903	.049	.007
	Self Care-physical	.009	1	.009	.013	.911	.000
	Self Care-social	2.844	1	2.844	7.622	.006	.013
	Self Care-internal	.005	1	.005	.006	.939	.000
	Depresión	.922	1	.922	1.747	.187	.003
SEXO * EC2	Perceived Health	.275	1	.275	.617	.433	.001
	Self Care-physical	.702	1	.702	1.032	.310	.002
	Self Care-social	3.318	1	3.318	8.892	.003	.015
	Self Care-internal	.532	1	.532	.589	.443	.001
	Depresión	.264	1	.264	.499	.480	.001

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno

Se encontraron efectos principales del Sexo en tres variables dependientes analizadas separadamente. Por una parte, se encontraron diferencias significativas en función del Sexo en Autocuidado social ( $F(1,590)=10.762; p=.001; \eta^2=.018$ ), Autocuidado interno ( $F(1,590)=18.228; p=.000; \eta^2=.030$ ) y Depresión ( $F(1,590) = 8.366; p = .004; \eta^2 =.014$ ). Los resultados reflejan una asociación baja entre el Sexo y el Autocuidado social ( $\eta^2_{\text{parcial}}=.018$ ). También la magnitud del efecto del Sexo para la sintomatología depresiva es bajo, pues explica tan sólo el 1.4% de la varianza explicada. El tamaño del efecto aunque bajo también, es algo mayor para el Autocuidado interno (3%). En general, las mujeres obtienen valores más altos tanto en Autocuidado social como interno, por consiguiente hay evidencias de que las mujeres implementan en mayor medida que los hombres más conductas de autocuidado para mantener las relaciones sociales así como para mantener el equilibrio de su salud mental y emocional. Además, tal y como se esperaba, las mujeres manifiestan una mayor sintomatología depresiva que los hombres. En cuanto a los efectos del Estado Civil, como se puede observar, se encontraron efectos principales del Estado Civil en dos variables dependientes, por un lado,

en Salud Percibida ( $F(1,590) = 3.903$ ;  $p = .049$ ;  $\eta^2 = .007$ ), y por otra, en Autocuidado social ( $F(1,590) = 7.622$ ;  $p = .006$ ;  $\eta^2 = .013$ ). En ambos casos, las personas que están casadas informan de una mayor salud percibida y a su vez de la implementación en su estilo de vida, de mayores conductas relacionadas con el mantenimiento y el establecimiento de relaciones sociales positivas con los demás. Aunque hay que matizar, que la magnitud del efecto es bajo para ambas variables dependientes (0.7% y 1.3% respectivamente). Finalmente, la interacción de Sexo con el Estado Civil resultó estadísticamente significativa solo con el Autocuidado social ( $F(1,590) = 8.892$ ;  $p = .003$ ;  $\eta^2 = .015$ ) con un tamaño del efecto bajo (1.5%). En la Figura 44, pueden verse estos efectos de interacción de forma gráfica. En general, se puede apreciar que las mujeres implementan mayores conductas relacionadas con el Autocuidado social que los hombres y apenas hay diferencias entre sí están casadas o no lo están. En cambio, para los hombres esto no sucede así, sino que se puede observar, cómo los hombres casados realizan en mayor medida más comportamientos para mantener y establecer las relaciones sociales positivas que los que no están casados, los cuales desarrollan menos conductas destinadas a cuidar sus relaciones sociales. Por lo tanto, el hecho de estar casado, supone una ventaja para los hombres a la hora de implementar en su estilo de vida conductas que favorezcan el mantenimiento de relaciones sociales.

En síntesis, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre el Sexo y el Estado Civil (EC2) sobre el conjunto de variables dependientes que hacen referencia a la Salud cuando se ha realizado el MANOVA general, es decir, sale un efecto multivariado no significativo en dicha interacción. Tan solo se han encontrado efectos principales significativos del Estado Civil por una parte y del Sexo por otra, sobre la combinación de variables dependientes. Aunque el tamaño del efecto es muy pequeño para ambos. Tras calcular los estadísticos univariados para examinar las respuestas individuales en cada variable dependiente por separado (ANOVAs de continuación), se ha comprobado, no obstante, que los resultados univariados difieren un poco de los resultados multivariados, principalmente porque se ha encontrado un efecto principal en la interacción entre el Sexo y el Estado Civil sobre el Autocuidado social, en particular. Además, y dado que el MANOVA ha resultado significativo para el Estado Civil, los resultados obtenidos con los ANOVAs de seguimiento, muestran que estas diferencias significativas son en la Salud Percibida y en Autocuidado social. Dicho de otro modo, se ha comprobado que, en concreto, las personas que están casadas perciben una mejor Salud en general y también implementan en sus vidas, conductas destinadas a mejorar sus relaciones sociales. También, en los análisis univariados

se hallaron efectos principales del Sexo en Autocuidado social, Autocuidado interno y en Depresión, de forma que las mujeres en general desarrollan más conductas en su estilo de vida para mantener el equilibrio emocional, mental y espiritual y al mismo tiempo para mantener relaciones sociales positivas con los demás. También, y tal como señala frecuentemente la literatura, las mujeres manifiestan en mayor medida que los hombres sintomatología depresiva. Finalmente, se encontró un efecto de interacción significativo entre el Sexo y el Estado Civil (este resultado difiere del MANOVA calculado previamente). Se ha podido demostrar que los hombres casados desarrollan más conductas de Autocuidado social que los no casados. En las mujeres no influye tanto la condición de estar o no casada, por lo que no resulta tan significativo el Estado Civil para ellas.

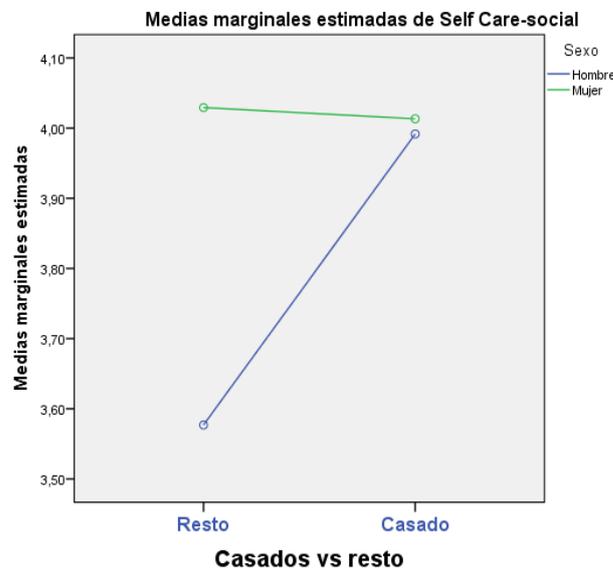


Figura 44. Interacciones estadísticamente significativas entre Estado Civil y Sexo en Autocuidado social

#### 9.4.2.4. Soledad y Aislamiento Social

Con el objetivo de analizar si hay efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en el grupo de variables dependientes que miden Soledad, se estimó un MANOVA 2 (Estado Civil EC2) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes: los dos factores de la Escala de Soledad de DJGLS (Soledad social y Soledad emocional) y los tres factores de la Escala de Soledad UCLA-3 (Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento).

En la siguiente Tabla 147, se presentan las medias y desviaciones típicas distribuidas según el Estado Civil y el Sexo. En cuanto a la Soledad social (DJLS) son los hombres que no están casados los que señalan una mayor puntuación media en este factor que el resto de grupos ( $M = .70$ ;  $DT = .46$ ). En cambio, en el grupo de mujeres, son las mujeres “casadas” las que obtienen puntuaciones más altas ( $M = .52$ ;  $DT = .41$ ). Por otra parte, en cuanto a la Soledad emocional (DJGLS) en general son los hombres que no están casados de nuevo, los que puntúan valores más altos en este factor que el resto ( $M = .52$ ;  $DT = .59$ ). En las mujeres, también son las que no están casadas las que registran valores más elevados en este factor ( $M = .48$ ;  $DT = .55$ ). En cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, en primer lugar, respecto al factor Aislamiento, son el grupo de hombres que no están casados los que tienen valores más altos ( $M = 1.22$ ;  $DT = .68$ ). Al igual que en el grupo de mujeres, que las que no están casadas, son las que obtienen medias más elevadas en este factor ( $M = 1.16$ ;  $DT = .64$ ). En segundo lugar, en el factor Rasgo Soledad también los hombres “no casados” registran valores más elevados en este factor que el resto de los grupos ( $M = 1.21$ ;  $DT = .58$ ), por otra parte, en el grupo de mujeres son también las mujeres “no casadas” las que informan de puntuaciones más altas ( $M = 1.04$ ;  $DT = .57$ ). En último lugar, en el factor Conexión social, nuevamente son los hombres “no casados” los que registran medias más altas ( $M = .79$ ;  $DT = .51$ ) y en el grupo de mujeres también son las que no están casadas las que señalan valores más elevados ( $M = .65$ ;  $DT = .49$ ).

Posteriormente y como se ha hecho en los análisis previos con otras variables, para poner a prueba estas diferencias encontradas entre las puntuaciones medias en los análisis descriptivos, se efectuó un MANOVA 2x2 entre sujetos con las cuatro variables dependientes que miden la Soledad y el Aislamiento: Soledad social (DJGLS), Soledad emocional (DJGLS), Aislamiento (UCLA-3), Rasgo Soledad (UCLA-3) y Conexión Social (UCLA-3). Las variables independientes fueron el Estado Civil (EC2) y el Sexo/género de los participantes (ver Tabla 147).

Utilizando el criterio de Pillai, el Sexo afecta significativamente a la combinación de variables dependientes pues se encontraron diferencias significativas (Traza de Pillai = .025;

$F(5,597) = 3.089; p = .009; \eta^2 = .025$ ) con un tamaño del efecto relativamente modesto pues sólo explica el 2.5% de la varianza explicada. Además, también se encontraron diferencias significativas en función del Estado Civil (EC2) dado que se encontraron efectos principales en la combinación de variables que evalúan la Soledad: Traza de Pillai = .030;  $F(5,597)=3.751; p = .002; \eta^2 = .030$ . Los resultados reflejan una modesta explicación de la varianza de la Soledad, tal y como se observa en la  $\eta^2$  parcial de .030, debida al Estado Civil. Hay por tanto, evidencias de que el hecho de estar casado o no, sí que influye en la percepción de una menor o mayor Soledad y Asilamiento social. Por otra parte, no se han encontrado efectos principales en la interacción de las variables independientes sobre las dependientes, es decir, la interacción o interrelación del Estado Civil con el Sexo no afectan significativamente a las variables dependientes que evalúan la Soledad cuando son analizadas globalmente (Traza de Pillai = .004;  $F(5,597) = .507; p = .771; \eta^2 = .004$ ). La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad en la Soledad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial pues el tamaño del efecto es del 0.4%.

Tabla 147. *Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.*

Variables	Sexo	Casados vs resto	Media	Desviación típica	N	
Soledad Social DJGLS	Hombre	Resto	.7093	.46203	27	
		Casado	.5839	.42752	165	
		Total	.6016	.43348	192	
	Mujer	Resto	.5030	.45535	133	
		Casado	.5211	.41766	280	
		Total	.5153	.42968	413	
	Total	Resto	.5378	.46157	160	
		Casado	.5444	.42196	445	
			Total	.5426	.43240	605
	Soledad Emocional DJGLS	Hombre	Resto	.5259	.59910	27
Casado			.3418	.40789	165	
Total			.3677	.44253	192	
Mujer		Resto	.4880	.55678	133	
		Casado	.3861	.44327	280	
		Total	.4189	.48441	413	
Total		Resto	.4944	.56237	160	
		Casado	.3697	.43056	445	
		Total	.4026	.47176	605	
Aislamiento UCLA 3		Hombre	Resto	1.2269	.68120	27
	Casado		.8656	.54445	165	
	Total		.9164	.57754	192	
	Mujer	Resto	1.1635	.64589	133	
		Casado	.9712	.59731	280	
		Total	1.0331	.61916	413	
	Total	Resto	1.1742	.65022	160	
		Casado	.9320	.57990	445	
			Total	.9960	.60822	605
	Rasgo Soledad UCLA 3	Hombre	Resto	1.2130	.58714	27
Casado			.9818	.51740	165	
Total			1.0143	.53224	192	
Mujer		Resto	1.0414	.57366	133	
		Casado	.9089	.51097	280	
		Total	.9516	.53486	413	
Total		Resto	1.0703	.57769	160	
		Casado	.9360	.51399	445	
		Total	.9715	.53439	605	
Conexión social UCLA 3		Hombre	Resto	.7981	.51843	27
	Casado		.6012	.42412	165	
	Total		.6289	.44243	192	
	Mujer	Resto	.6594	.49685	133	
		Casado	.5923	.40891	280	
		Total	.6139	.43967	413	
	Total	Resto	.6828	.50160	160	
		Casado	.5956	.41416	445	
			Total	.6187	.44024	605

Nota: N=Tamaño muestral; Estado Civil 2 = Casados vs Resto.

Tabla 148. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.025	3.089 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.009	.025
	Lambda de Wilks	.975	3.089 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.009	.025
	Traza de Hotelling	.026	3.089 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.009	.025
	Raíz mayor de Roy	.026	3.089 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.009	.025
EC2	Traza de Pillai	.030	3.751 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.002	.030
	Lambda de Wilks	.970	3.751 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.002	.030
	Traza de Hotelling	.031	3.751 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.002	.030
	Raíz mayor de Roy	.031	3.751 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.002	.030
SEXO * EC2	Traza de Pillai	.004	.507 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.771	.004
	Lambda de Wilks	.996	.507 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.771	.004
	Traza de Hotelling	.004	.507 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.771	.004
	Raíz mayor de Roy	.004	.507 <sup>b</sup>	5.000	597.000	.771	.004

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; EC2 = variable Estado Civil: casados vs solteros; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, a continuación, se realizaron análisis de varianza univariados (ANOVAs) para examinar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, dado que en cuanto al Estado Civil y el Sexo han resultado ambos estadísticamente significativo en el análisis multivariado anterior, encontrándose que afecta significativamente en la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis se presentan en la Tabla 149. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales, en cambio, se presentan en la Tabla 147. Tal y como se puede comprobar en ellas, se hallaron efectos principales del Sexo en dos variables dependientes analizadas separadamente. Por una parte, en el factor de Soledad social de la Escala de DJGLS ( $F(1,601)=7.200$ ;  $p = .007$ ;  $\eta^2 = .012$ ) y en el factor Rasgo Soledad de la Escala UCLA-3 ( $F(1,601)=3.920$ ;  $p = .048$ ;  $\eta^2 = .006$ ). Los resultados reflejan una asociación baja entre el Sexo y la Soledad social ( $\eta^2 = .012$ ). También la magnitud del efecto del Sexo para Rasgo soledad es muy pequeña, pues explica tan sólo el 0.6% de la varianza explicada. En general, los hombres obtienen valores más altos en Soledad social, por consiguiente, tienen una percepción subjetiva de Soledad por una menor participación social y aislamiento que las mujeres mayores. Además, también los hombres manifiestan una mayor Soledad global como

rasgo. En cuanto a los efectos del Estado Civil, como se puede observar, se encontraron efectos principales del Estado Civil en el factor de Soledad emocional de la DJGLS y en los tres factores de la UCLA-3. En cuanto a la Soledad emocional, los resultados mostraron diferencias significativas entre las personas casadas y las que no en su percepción de Soledad emocional ( $F(1,601)=6.854$ ;  $p = .009$ ;  $\eta^2 =.011$ ). Aunque el tamaño del efecto es pequeño (1.1%). En las tablas se puede apreciar que las personas que no están casadas sienten o perciben en mayor medida intensos sentimientos de vacío, abandono o desolación debido a la falta de una pareja romántica o de relaciones cercanas. También se encontraron diferencias significativas en función del Estado Civil en el factor Conexión social ( $F(1,601) = 6.680$ ;  $p=.010$ ;  $\eta^2 =.011$ ), Rasgo Soledad ( $F(1,601) = 8.667$ ;  $p = .003$ ;  $\eta^2 =.014$ ) y Aislamiento ( $F(1,601) = 15.973$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 =.026$ ), todos factores de la UCLA-3. La magnitud del efecto, aunque baja para todos, es mayor para el Aislamiento (2.6%). En todos los casos, las personas que no están casadas obtienen valores más altos en todos los factores, lo que evidencia que tienen más sentimientos subjetivos de Soledad y Aislamiento social. Por último, la interacción del Sexo con el Estado Civil no resultó estadísticamente significativa en ninguna variable dependiente que evalúa Soledad en el análisis univariante, por lo que ambos no se interrelacionan significativamente.

Resumiendo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la interacción entre el Sexo y el Estado civil (EC2) sobre el conjunto de variables dependientes que hacen referencia a la Soledad cuando se ha realizado el MANOVA general, es decir, sale un efecto multivariado no significativo en dicha interacción. Tan solo se han encontrado efectos principales significativos del Estado Civil por una parte y del Sexo por otra, sobre la combinación de variables dependientes. Aunque el tamaño del efecto es muy pequeño para ambos. Tras calcular los estadísticos univariados para examinar las respuestas individuales en cada variable dependiente por separado (ANOVAs de continuación) se comprobó, no obstante, que los resultados univariados corroboran los resultados multivariados al no encontrarse tampoco ningún efecto de interacción cuando se analizan separadamente las variables dependientes. Además, y dado que el MANOVA ha resultado significativo para el Estado Civil, los resultados obtenidos con el ANOVAs de seguimiento, muestran que estas diferencias significativas son en concreto, para la Soledad emocional y para todos los factores de la escala de Soledad UCLA-3. Dicho de otro modo, se ha comprobado que, en concreto, las personas que no están casadas perciben mayores sentimientos subjetivos de Soledad y Aislamiento, pero especialmente sienten que experimentan más Soledad subjetiva,

sentimientos de vacío y desolación debido a la falta de relaciones cercanas o pareja romántica. Además este hecho es independiente de si se es hombre o si se es mujer, pues no se han detectado efectos de interacción. Por otra parte, también, en los análisis univariados se encontraron efectos principales del Sexo en la Soledad Social o, dicho de otra forma, en la percepción de soledad debido a una falta de una red social más amplia y atractiva. Y esto es así, especialmente para los hombres, los cuales obtienen valores más altos en esta dimensión de la Soledad. En realidad, el mayor sentimiento subjetivo de soledad que experimentan los hombres asociada a una deficitaria percepción de relaciones sociales atractivas, tiende a estar vinculado a factores sociales y situacionales, de modo que es más frecuente en adultos mayores sin hijos o amigos y con poco contacto con los miembros de su red social.

Tabla 149. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Estado Civil 2.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social DJGLS	1.337	1	1.337	7.200	.007	.012
	Soledad Emocional DJGLS	.001	1	.001	.003	.954	.000
	Aislamiento UCLA 3	.033	1	.033	.091	.762	.000
	Rasgo Soledad UCLA 3	1.103	1	1.103	3.920	.048	.006
	Conexión social UCLA 3	.401	1	.401	2.085	.149	.003
EC2	Soledad Social DJGLS	.212	1	.212	1.144	.285	.002
	Soledad Emocional DJGLS	1.510	1	1.510	6.854	.009	.011
	Aislamiento UCLA 3	5.657	1	5.657	15.793	.000	.026
	Rasgo Soledad UCLA 3	2.439	1	2.439	8.667	.003	.014
	Conexión social UCLA 3	1.286	1	1.286	6.680	.010	.011
SEXO * EC2	Soledad Social DJGLS	.379	1	.379	2.044	.153	.003
	Soledad Emocional DJGLS	.125	1	.125	.566	.452	.001
	Aislamiento UCLA 3	.528	1	.528	1.473	.225	.002
	Rasgo Soledad UCLA 3	.180	1	.180	.639	.424	.001
	Conexión social UCLA 3	.311	1	.311	1.614	.204	.003

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; EC2 = variable Estado Civil: Casados vs Resto; Sexo\*EC2 = Intersección de la variable Sexo y la variable EC2.

***9.4.2.5. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis diferenciales en función de la Interacción entre el Sexo y el Estado Civil (Estado Civil2)***

Como resumen y conclusión a este punto que analiza la interacción del Sexo con el Estado Civil en todas las variables dependientes que han sido analizadas en este estudio, se presentan los resultados obtenidos en la siguiente Tabla 149.

Tabla 150. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Estado Civil2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*EC2	
<b>Interacción Sexo*Estado Civil2</b> ("Casados" vs "Resto")	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai=.016; $F_{3,601} = 3.232$ ; $p = .022$ ; $\eta^2 = .016$	<b>Red Social</b> ( $F_{1,603} = 6.854$ ; $p = .009$ ; $\eta^2 = .011$ )		Las mujeres > Red Social	
			<b>Apoyo social confidencial</b> ( $F_{1,603} = 3.917$ ; $p = .048$ ; $\eta^2 = .006$ )		Las mujeres > Apoyo social confidencial	
		<b>Estado Civil</b> Traza de Pillai=.011; $F_{3,601} = 2.170$ ; $p = .090$ ; $\eta^2 = .011$	<b>Red social</b> ( $F_{1,603} = 5.985$ ; $p = .015$ ; $\eta^2 = .010$ )		Los casados > Red social	
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai=.008; $F_{3,601} = 1.615$ ; $p = .185$ ; $\eta^2 = .008$	<b>Red social</b> ( $F_{1,603} = 4.193$ ; $p = .041$ ; $\eta^2 = .007$ )		No interacción multivariada, pero si univariada <b>Interacción:</b> Las mujeres no casadas > Red social que hombres no casados Las mujeres casadas > Red social que hombres casados Los hombres casados > Red social que los hombres no casados	
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai=.010; $F_{9,591} = .647$ ; $p = .757$ ; $\eta^2 = .010$	No			Los casados > Dominio entorno
		<b>Estado Civil</b> Traza de Pillai = .029; $F_{9,591} = 1.968$ ; $p = .041$ ; $\eta^2 = .029$	<b>Dominio del entorno</b> ( $F_{1,599} = 4.748$ ; $p = .030$ ; $\eta^2 = .008$ )		Los casados > Relaciones positivas con los demás	
			<b>Relaciones positivas</b> ( $F_{1,599} = 3.842$ ; $p = .050$ ; $\eta^2 = .006$ )		Los casados > Propósito de vida	
			<b>Propósito de vida</b> ( $F_{1,599} = 4.104$ ; $p = .043$ ; $\eta^2 = .007$ )		Los casados > Autoaceptación	
			<b>Autoaceptación</b> ( $F_{1,599} = 11.456$ ; $p = .001$ ; $\eta^2 = .019$ )		Los casados > Satisfacción con la vida presente y pasada	
			<b>Satisfacción con la vida pasada</b> ( $F_{1,599} = 4.748$ ; $p = .030$ ; $\eta^2 = .008$ )		No hay interacción multivariada, pero si univariada	
<b>Satisfacción con la vida presente</b> ( $F_{1,599} = 6.753$ ; $p = .010$ ; $\eta^2 = .011$ )				<b>Interacción:</b> Los hombres casados > Satisfacción con la vida presente. Los no casados < Satisfacción vital presente		
<b>Interacción</b> Traza de Pillai=.017; $F_{9,951} = 1.114$ ; $p = .350$ ; $\eta^2 = .017$	<b>Satisfacción con la vida presente</b> ( $F_{1,599} = 4.370$ ; $p = .037$ ; $\eta^2 = .007$ )					

Nota:  $F$ = resultado de la prueba F;  $p$  = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor.

Tabla 151. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Estado Civil2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*EC2
<b>Interacción Sexo*Estado Civil2</b> (“Casados” vs “Resto”)	<b>Salud</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai=.064; $F_{5,586} = 8.011$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .064$	<b>Autocuidado social</b> ( $F_{1,590} = 10.762$ ; $p = .001$ ; $\eta^2 = .018$ )		Las mujeres > Autocuidado social Las mujeres > Autocuidado interno Las mujeres > Depresión Los casados > Salud percibida Los casados > Autocuidado social  No interacción Multivariada, si univariada  <b>Interacción:</b> Los hombres casados > Autocuidado social. Los no casados < Autocuidado social
			<b>Autocuidado interno</b> ( $F_{1,590} = 18.228$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .030$ )		
			<b>Depresión</b> ( $F_{1,590} = 8.366$ ; $p = .004$ ; $\eta^2 = .014$ )		
		<b>Estado Civil</b> Traza de Pillai=.019; $F_{5,586} = 2.258$ ; $p = .047$ ; $\eta^2 = .019$	<b>Salud percibida</b> ( $F_{1,590} = 3.903$ ; $p = .049$ ; $\eta^2 = .007$ )		
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai=.015; $F_{5,586} = 1.793$ ; $p = .112$ ; $\eta^2 = .015$	<b>Autocuidado social</b> ( $F_{1,590} = 7.622$ ; $p = .006$ ; $\eta^2 = .013$ )		
			<b>Autocuidado social</b> ( $F_{1,590} = 8.892$ ; $p = .003$ ; $\eta^2 = .015$ )		
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .025; $F_{5,597} = 3.089$ ; $p = .009$ ; $\eta^2 = .025$	<b>Soledad social DJGLS</b> ( $F_{1,601} = 7.200$ ; $p = .007$ ; $\eta^2 = .012$ )		Los hombres > Soledad social Los hombres > Rasgo Soledad  Los no casados > Soledad emocional, Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento  <b>No efectos de interacción</b> multivariada ni univariada
			<b>Rasgo Soledad UCLA-3</b> ( $F_{1,601} = 3.920$ ; $p = .048$ ; $\eta^2 = .006$ )		
		<b>Estado Civil</b> Traza de Pillai =.030; $F_{5,597} = 3.751$ ; $p = .002$ ; $\eta^2 = .030$	<b>Soledad emocional DJGLS</b> ( $F_{1,601} = 6.854$ ; $p = .009$ ; $\eta^2 = .011$ )		
			<b>Conexión social UCLA 3</b> ( $F_{1,601} = 6.680$ ; $p = .010$ ; $\eta^2 = .011$ )		
			<b>Rasgo Soledad UCLA 3</b> ( $F_{1,601} = 8.667$ ; $p = .003$ ; $\eta^2 = .014$ )		
			<b>Aislamiento UCLA 3</b> ( $F_{1,601} = 15.973$ ; $p < .001$ ; $\eta^2 = .026$ ).		
<b>Interacción</b> Traza de Pillai=.004; $F_{5,597} = .507$ ; $p = .771$ ; $\eta^2 = .004$	No				

Nota:  $F$ = resultado de la prueba F;  $p$  = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor.

### 9.4.3. Análisis de las variables Sexo \* Situación Laboral<sup>2</sup> (Trabaja, Desempleado/Invalidez, Jubilado y Ama/o de casa)

En este apartado se desarrollarán los resultados obtenidos tras realizar los análisis multivariados, con el propósito de examinar la posible existencia de efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral actual de los participantes, en todos los grupos de variables dependientes analizadas en este estudio, que son indicadores o componentes del envejecimiento con éxito. Se pretende averiguar si el hecho de ser hombre o mujer se interrelaciona con cada categoría de situación laboral de forma distinta entre sexos y cómo esta interacción puede influir a su vez de forma diferencial y significativa en las variables dependientes y por consiguiente en el buen envejecimiento. Para ello se ha utilizado la variable independiente Situación Laboral recodificada, etiquetada como “SitLab2”, compuesta finalmente por cuatro condiciones laborales: “Trabaja”, “Desempleado” o “Invalidez”, “Jubilado” y “Ama/o de casa”. Se ha optado por esta variable para analizar el efecto de interacción del Sexo y la Situación Laboral porque resume todas las opciones propuestas y que más interesan para los fines investigativos propuestos en este trabajo.

A continuación se muestran los valores de N y los valores perdidos para la interacción de las variables independientes Sexo y Situación Laboral (Sitlab2). El número de casos analizados es de 576 personas mayores (Tabla 151).

Tabla 151. Valores de N para las variables Sexo \* Situación Laboral (Sitlab2).

	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Sexo * Situación laboral recodificada	576	88.3%	76	11.7%	652	100%

*Nota:* N= Tamaño muestra; Sexo \* Situación Laboral recodificada = Interacción de las variables Sexo y la variable situación laboral recodificada en las categorías: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado, Ama de casa.

En la siguiente Tabla 152 se presentan los valores de N distribuidos según la Situación Laboral (Sitlab2) y el Sexo de los participantes. Podemos observar que la gran mayoría de los participantes se encuentra en la actualidad “Jubilado” (N=385). Como dato destacable señalar la poca representación masculina en la categoría de “Ama/o de casa”, como era de esperar, dado la mayor diferenciación de los roles de género todavía muy presentes en esta cohorte de edad.

Tabla 152. *Tabla de contingencia Sexo \* Situación Laboral (Sitlab2).*

		Situación laboral recodificada				
		Trabaja	Desempleado o invalidez	Jubilado	Ama de casa	Total
Sexo	Hombre	14	17	158	2	191
	Mujer	41	73	227	44	385
Total		55	90	385	46	576

Nota: Recuento de casos; Sitlab2 = Situación laboral recodificada en las categorías: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado, Ama de casa.

#### **9.4.3.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social**

En primer lugar, se resumirán los resultados obtenidos en el grupo de variables dependientes que avalúan los Recursos Sociales. La intención es investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en estas variables dependientes: la Red social y el Apoyo social, en función del Sexo y la Situación Laboral (Sitlab2), así como sus efectos de interacción. Es decir, básicamente el objetivo es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas en el caso de que las hubieran, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes de Recursos Sociales. Para ello, se estimó un MANOVA 4 (Sitlab2) x 2 (Sexo) con las variables dependientes Red social y los dos factores de Apoyo social funcional: Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo.

Los análisis descriptivos de las escalas se presentan en la siguiente Tabla 153. Se muestran las medias y desviaciones típicas, tanto para hombres como para las mujeres. Se puede observar que en concreto, en cuanto a la variable Red social y estructural de Lubben, las puntuaciones más altas en esta variable, las registran los hombres que informan que son “Amas de casa”, es decir, que se dedican a las labores cotidianas del hogar ( $M = 4.29$ ;  $DT=.64$ ). En cambio, en el grupo de las mujeres, las que “Trabajan” fuera del hogar son las que informan de una mayor Red social ( $M = 3.80$ ;  $DT = .68$ ). Para el factor Apoyo social confidencial, observamos que las mujeres que “Trabajan” señalan un mayor apoyo social y, por tanto, de una mayor posibilidad de contar con personas para comunicarse ( $M = 4.08$ ;  $DT=.79$ ). En los hombres, en cambio, son las personas ya “Jubiladas” las que obtienen puntuaciones medias más elevadas ( $M = 3.96$ ;  $DT = .88$ ). Por último, en cuanto el Apoyo social afectivo, ocurre que los hombres que son “Amas/os de casa” registran unas puntuaciones medias más altas que el resto ( $M=4.75$ ;  $DT = .35$ ), mientras que en las mujeres son las que en la actualidad “Trabajan” fuera de casa las que obtienen puntuaciones mayores en este factor ( $M = 4.07$ ;  $DT=1.01$ ).

Tabla 153. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Hombre	Trabaja	3.0482	.60514	14
		Desempleado o invalidez	3.5459	.84054	17
		Jubilado	3.5466	.77978	155
		Ama de casa	4.2917	.64818	2
		Total	3.5173	.78267	188
	Mujer	Trabaja	3.8055	.68474	40
		Desempleado o invalidez	3.6901	.93060	73
		Jubilado	3.5321	.79630	221
		Ama de casa	3.6490	.97752	44
		Total	3.6051	.83781	378
	Total	Trabaja	3.6091	.73964	54
		Desempleado o invalidez	3.6629	.91150	90
		Jubilado	3.5380	.78852	376
		Ama de casa	3.6769	.96952	46
		Total	3.5760	.82026	566
	Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	Trabaja	3.8197	.95021
Desempleado o invalidez			3.8978	.96339	17
Jubilado			3.9637	.88112	155
Ama de casa			3.7738	.08418	2
Total			3.9450	.88519	188
Mujer		Trabaja	4.0875	.79185	40
		Desempleado o invalidez	3.8262	.94220	73
		Jubilado	4.0552	.82407	221
		Ama de casa	3.9573	.99450	44
		Total	4.0030	.86726	378
Total		Trabaja	4.0181	.83480	54
		Desempleado o invalidez	3.8397	.94118	90
		Jubilado	4.0174	.84809	376
		Ama de casa	3.9493	.97296	46
		Total	3.9837	.87290	566
Apoyo social afectivo-Duke		Hombre	Trabaja	4.0000	.99034
	Desempleado o invalidez		4.0980	.81609	17
	Jubilado		4.1392	.94849	155
	Ama de casa		4.7500	.35355	2
	Total		4.1316	.93394	188
	Mujer	Trabaja	4.1250	.82236	40
		Desempleado o invalidez	3.9041	.91484	73
		Jubilado	4.1094	.89070	221
		Ama de casa	4.0871	1.12264	44
		Total	4.0688	.91821	378
	Total	Trabaja	4.0926	.86097	54
		Desempleado o invalidez	3.9407	.89590	90
		Jubilado	4.1217	.91384	376
		Ama de casa	4.1159	1.10714	46
		Total	4.0897	.92311	566

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa.

Se realizó un primer MANOVA 4x2 entre sujetos con tres variables dependientes: Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Las variables independientes

fueron por una parte, la Situación Laboral (Sitlab2) con cuatro categorías de respuesta (Trabaja, Desempleado o Invalidez, Jubilado y Ama/o de casa) y por otra, el Sexo de los participantes (ver Tabla 154). En base al criterio de Pillai, el Sexo no afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .013;  $F(3,556)=2.497$ ;  $p = .059$ ;  $\eta^2 = .013$ ). Aunque el tamaño del efecto obtenido es pequeño, dado que sólo explica el 1.3% de la varianza explicada. Se obtiene una significación marginal para el Sexo, dado que  $p = .059$  aunque no llega a ser significativa, se aproxima mucho al nivel de significación, con lo cual en los posteriores análisis univariantes se comprobará si se confirma dicho resultado. Por otra parte, ni la Situación Laboral (Sitlab2): Traza de Pillai = .022;  $F(9,1674)=1.393$ ;  $p = .186$ ;  $\eta^2 = .007$ , ni tampoco su interacción con el Sexo afectan significativamente a las variables dependientes analizadas globalmente (Traza de Pillai=.028;  $F(9, 1674) = 1.760$ ;  $p = .071$ ;  $\eta^2 = .009$ ). Los resultados reflejan una muy baja asociación entre la Situación Laboral y la combinación de variables, pues el tamaño del efecto es 0.7% en la varianza explicada. La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial, pues el tamaño del efecto es del 0.9%.

Tabla 154. *Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.013	2.497 <sup>b</sup>	3.000	556.000	.059	.013
	Lambda de Wilks	.987	2.497 <sup>b</sup>	3.000	556.000	.059	.013
	Traza de Hotelling	.013	2.497 <sup>b</sup>	3.000	556.000	.059	.013
	Raíz mayor de Roy	.013	2.497 <sup>b</sup>	3.000	556.000	.059	.013
Sitlab2	Traza de Pillai	.022	1.393	9.000	1674.000	.186	.007
	Lambda de Wilks	.978	1.395	9.000	1353.309	.185	.007
	Traza de Hotelling	.023	1.396	9.000	1664.000	.184	.007
	Raíz mayor de Roy	.019	3.451 <sup>c</sup>	3.000	558.000	.016	.018
SEXO *	Traza de Pillai	.028	1.760	9.000	1674.000	.071	.009
	Lambda de Wilks	.972	1.764	9.000	1353.309	.071	.009
Sitlab2	Traza de Hotelling	.029	1.765	9.000	1664.000	.070	.009
	Raíz mayor de Roy	.022	4.126 <sup>c</sup>	3.000	558.000	.007	.022

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

Posteriormente y a pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, a continuación, se realizaron análisis de varianza de continuación (ANOVAs), para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, pues en cuanto al Sexo por ejemplo, se ha encontrado una significación marginal sobre la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 155. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 152 de descriptivos. Tal y como se puede comprobar en la Tabla 154, no se encontraron efectos principales del Sexo en ninguna de las variables dependientes analizadas separadamente. Es decir que el hecho de ser hombre o mujer no afecta en la percepción subjetiva ni de un mayor o menor Apoyo social, ni de una mayor o menor Red social. Tampoco se encontraron efectos principales en cuanto a la Situación Laboral en ninguna de las variables dependientes analizadas separadamente. Por lo que el hecho de estar todavía trabajando, o de ser jubilado o simplemente desempleado o dedicarse exclusivamente a las tareas del hogar, afecta en ninguna de las variables que evalúan los Recursos Sociales y el Apoyo social. Finalmente, tan sólo se encontró un efecto de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en la Red social ( $F(3,1680) = 3.301; p = .020; \eta^2 = .017$ ). El efecto de interacción la Situación Laboral y el Sexo fue de baja cuantía (1.7% de varianza explicada) y para entender mejor esta interrelación puede consultarse en la siguiente Figura 45.

Tabla 155. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural-Lubben	.085	1	.085	.128	.721	.000
	Apoyo social confidencial-Duke	.316	1	.316	.413	.520	.001
	Apoyo social afectivo-Duke	.826	1	.826	.965	.326	.002
Sitlab2	Red social y estructural-Lubben	2.269	3	.756	1.136	.334	.006
	Apoyo social confidencial-Duke	1.202	3	.401	.524	.666	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	1.551	3	.517	.604	.613	.003
SEXO * Sitlab2	Red social y estructural-Lubben	6.590	3	2.197	3.301	.020	.017
	Apoyo social confidencial-Duke	.704	3	.235	.307	.820	.002
	Apoyo social afectivo-Duke	1.357	3	.452	.528	.663	.003

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2 = variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\*Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

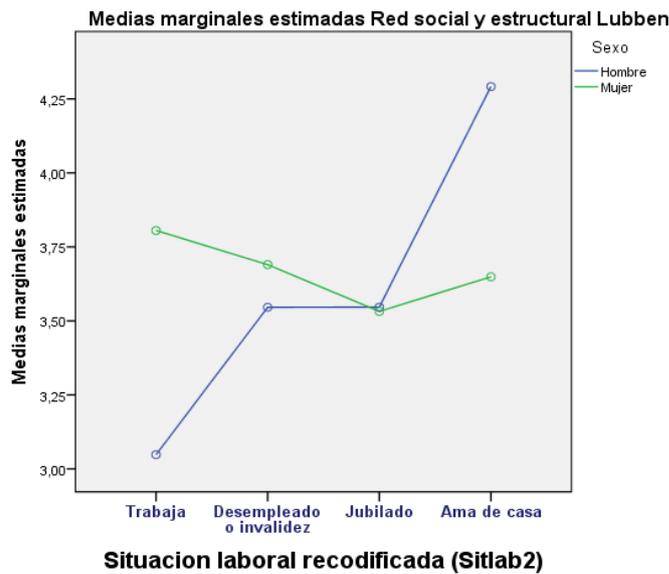


Figura 45. Interacciones estadísticamente significativas entre Situación Laboral y Sexo en Red social.

La principal diferencia entre hombres y mujeres respecto a su situación laboral y su influencia sobre su Red social, es que las mujeres que están trabajando tienen la percepción de mayor tamaño de su Red social que los hombres que trabajan y en cambio los hombres que se dedican a las tareas del hogar, es decir, que son “Amos de casa”, perciben una mayor Red social que las mujeres que también son “Amas de casa”. Por lo tanto, el Sexo de los participantes interacciona en la condición de “Trabaja” y en la de “Ama de casa”. Para las mujeres, trabajar les resulta más ventajoso que para los hombres en relación a la percepción de un mayor apoyo social tanto de amigos como de familiares y en la percepción de un menor aislamiento social. Por otra parte, los hombres que son Amos de casa y se dedican en exclusiva a las tareas del hogar, perciben en cambio, un menor aislamiento social, y por tanto mayor red, que las mujeres que son “Amas de casa”. Aunque este resultado debe ser tomado con precaución, pues la muestra de hombres que son Amos de casa y que han participado en este estudio es muy pequeña y resulta una condición laboral infrarrepresentada para este grupo, con lo cual este dato es difícilmente generalizable a pesar de este resultado. Lo que sí hay evidencia es que las mujeres que están trabajando se sienten menos aisladas socialmente y con la percepción de una mayor Red social.

#### ***9.4.3.2. Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida***

Pasamos ahora a analizar los resultados obtenidos para investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes que evalúan la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico en función del Sexo y la Situación Laboral (Sitlab2), así como sus posibles efectos de interacción. El objetivo principal de este análisis es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas en el caso de que las hubiera, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes que evalúan Bienestar y Satisfacción con la vida. Para ello, se estimó un MANOVA 4 (Sitlab2) x 2 (Sexo) con los seis factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación y Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura.

En la siguiente Tabla 156, se han resumido los análisis descriptivos separados por Sexo y por la Situación laboral, tanto medias como desviaciones típicas. En dicha tabla podemos apreciar, en primer lugar, empezando por el factor Autonomía del Bienestar Psicológico, que la puntuación media más alta en esta dimensión es para los hombres que informan ser “Amas de casa” ( $M = 4.00$ ;  $DT = .00$ ). En el grupo de las mujeres son las “Jubiladas”, las que obtienen medias más elevadas ( $M = 3.53$ ;  $DT = .54$ ). En cuanto a la dimensión Dominio del Entorno, son los hombres “Jubilados” los que puntúan más alto que el resto de grupos ( $M = 3.66$ ;  $DT=.57$ ), mientras que las mujeres que “Trabajan” tienen medias más altas dentro del grupo de mujeres ( $M = 3.55$ ;  $DT = .51$ ). A continuación, para el Crecimiento Personal, las mujeres que son “Amas de casa” señalan valores más altos que el resto ( $M = 4.08$   $DT = 2.12$ ), en cambio en los hombres, es el grupo que está “Trabajando” el que obtiene valores más elevados ( $M = 4.00$ ;  $DT=.61$ ). En el factor Relaciones positivas con los demás de la Escala de Bienestar de Ryff, el grupo que obtiene puntuaciones medias más altas que el resto en esta dimensión son los hombres “Desempleados o con Invalidez” ( $M = 4.25$ ;  $DT = 2.41$ ), al igual que en el grupo de las mujeres, las que reciben una prestación por desempleo o por invalidez y que no trabajan en la actualidad son las que valores más altos en este factor ( $M = 3.70$ ;  $DT=.68$ ). Para el factor Propósito de vida, las mujeres que “Trabajan” puntúan más alto que el resto ( $M = 3.57$ ;  $DT = .57$ ), al igual que en el grupo de los hombres ( $M=3.38$ ;  $DT = .56$ ).

Finalmente, para el componente Autoaceptación del Bienestar psicológico, las puntuaciones medias más altas las registran los hombres que “Trabajan” ( $M = 3.69$ ;  $DT = .63$ ), en cambio en las mujeres son las que están “Jubiladas” las que puntúan más alto ( $M = 3.53$ ;  $DT = .69$ ). Respecto a la Satisfacción con la vida pasada, los hombres que informan que se dedican a ser “Amas de casa” son los que obtienen valores más altos que el resto ( $M = 3.60$ ;  $DT = .56$ ), para las mujeres las puntuaciones medias más elevadas las registran también las que informan que son “Amas de casa” ( $M = 3.45$ ;  $DT=.98$ ). En cuanto a la Satisfacción con la vida presente, de nuevo son los hombres que se dedican a las tareas domésticas los que señalan valores más altos en satisfacción con la vida ( $M = 3.90$ ;  $DT = .98$ ), al igual que en las mujeres ( $M = 3.77$ ;  $DT = .82$ ). En último lugar, en relación con la Satisfacción con la vida futura, tanto los hombres que informan ser “Amas de casa” ( $M = 3.87$ ;  $DT = 1.23$ ) como las mujeres que también informan que se dedican a las tareas domésticas, puntúan más alto en Satisfacción con la vida futura ( $M = 3.58$ ;  $DT = .69$ ).

Tabla 156. *Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).*

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	Trabaja	3.6429	.56181	14
		Desempleado o invalidez	3.3922	.33820	17
		Jubilado	3.4763	.52754	155
		Ama de casa	4.0000	.00000	2
		Total	3.4867	.51620	188
	Mujer	Trabaja	3.5000	.36980	40
		Desempleado o invalidez	3.5231	.53610	72
		Jubilado	3.5303	.54581	220
		Ama de casa	3.4484	.51861	42
		Total	3.5165	.52360	374
	Total	Trabaja	3.5370	.42666	54
		Desempleado o invalidez	3.4981	.50533	89
		Jubilado	3.5080	.53828	375
		Ama de casa	3.4735	.51957	44
Total		3.5065	.52086	562	
		Total	3.5299	.69942	562

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 156. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Environmental Mastery Ryff	Hombre	Trabaja	3.4286	.60523	14
		Desempleado o invalidez	3.5490	.48507	17
		Jubilado	3.6624	.57858	155
		Ama de casa	3.5000	.23570	2
		Total	3.6330	.57118	188
	Mujer	Trabaja	3.5583	.51963	40
		Desempleado o invalidez	3.4815	.60679	72
		Jubilado	3.5492	.55720	220
		Ama de casa	3.4048	.65243	42
		Total	3.5209	.57432	374
	Total	Trabaja	3.5247	.54021	54
		Desempleado o invalidez	3.4944	.58358	89
		Jubilado	3.5960	.56812	375
		Ama de casa	3.4091	.63841	44
		Total	3.5584	.57520	562
	Personal Growth Ryff	Hombre	Trabaja	4.0000	.61324
Desempleado o invalidez			3.7647	.38666	17
Jubilado			3.7817	.59142	155
Ama de casa			3.6667	.47140	2
Total			3.7952	.57595	188
Mujer		Trabaja	4.0250	.55155	40
		Desempleado o invalidez	3.8843	.55428	72
		Jubilado	3.8871	.57251	220
		Ama de casa	4.0833	2.12778	42
		Total	3.9234	.88625	374
Total		Trabaja	4.0185	.56233	54
		Desempleado o invalidez	3.8614	.52659	89
		Jubilado	3.8436	.58194	375
		Ama de casa	4.0644	2.08080	44
		Total	3.8805	.79779	562
Positive relations Ryff		Hombre	Trabaja	3.4762	.60925
	Desempleado o invalidez		4.2549	2.41388	17
	Jubilado		3.5355	.63621	155
	Ama de casa		3.8333	.70711	2
	Total		3.5993	.95107	188
	Mujer	Trabaja	3.5292	.72293	40
		Desempleado o invalidez	3.7060	.68661	72
		Jubilado	3.5220	.72946	220
		Ama de casa	3.4444	.94973	42
		Total	3.5495	.74994	374
	Total	Trabaja	3.5154	.69005	54
		Desempleado o invalidez	3.8109	1.21937	89
		Jubilado	3.5276	.69159	375
		Ama de casa	3.4621	.93722	44
		Total	3.5661	.82219	562

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 156. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Purpose in life Ryff	Hombre	Trabaja	3.3810	.56775	14
		Desempleado o invalidez	3.2353	.42106	17
		Jubilado	3.3462	.62290	155
		Ama de casa	2.5000	.70711	2
		Total	3.3298	.60694	188
	Mujer	Trabaja	3.5708	.57967	40
		Desempleado o invalidez	3.4028	.64988	72
		Jubilado	3.2326	.63874	220
		Ama de casa	3.3333	.84904	42
		Total	3.3128	.66847	374
	Total	Trabaja	3.5216	.57739	54
		Desempleado o invalidez	3.3708	.61430	89
		Jubilado	3.2796	.63388	375
		Ama de casa	3.2955	.85428	44
Total		3.3185	.64804	562	
Self acceptance Ryff	Hombre	Trabaja	3.6905	.63332	14
		Desempleado o invalidez	3.4706	.44188	17
		Jubilado	3.6301	.62830	155
		Ama de casa	3.1667	.70711	2
		Total	3.6152	.61402	188
	Mujer	Trabaja	3.5000	.60858	40
		Desempleado o invalidez	3.4861	.64017	72
		Jubilado	3.5326	.69522	220
		Ama de casa	3.4683	.71020	42
		Total	3.5129	.67570	374
	Total	Trabaja	3.5494	.61483	54
		Desempleado o invalidez	3.4831	.60514	89
		Jubilado	3.5729	.66924	375
		Ama de casa	3.4545	.70469	44
Total		3.5472	.65694	562	
Satisfacción Vida Pasada	Hombre	Trabaja	3.0857	.48176	14
		Desempleado o invalidez	3.5765	.68148	17
		Jubilado	3.4768	.89748	155
		Ama de casa	3.6000	.56569	2
		Total	3.4580	.85619	188
	Mujer	Trabaja	3.2888	.86302	40
		Desempleado o invalidez	3.2889	.82880	72
		Jubilado	3.4277	.91247	220
		Ama de casa	3.4512	.98498	42
		Total	3.3887	.89913	374
	Total	Trabaja	3.2361	.78298	54
		Desempleado o invalidez	3.3438	.80721	89
		Jubilado	3.4480	.90542	375
		Ama de casa	3.4580	.96617	44
Total		3.4119	.88484	562	
Satisfacción Vida Presente	Hombre	Trabaja	3.5286	1.34189	14
		Desempleado o invalidez	3.7294	.70690	17
		Jubilado	3.8523	.81711	155
		Ama de casa	3.9000	.98995	2
		Total	3.8176	.85502	188
	Mujer	Trabaja	3.6113	.72390	40
		Desempleado o invalidez	3.4954	.91303	72
		Jubilado	3.7666	.90692	220
		Ama de casa	3.7762	.82781	42
		Total	3.6988	.88539	374
	Total	Trabaja	3.5898	.91029	54
		Desempleado o invalidez	3.5401	.87864	89
		Jubilado	3.8020	.87082	375
		Ama de casa	3.7818	.82272	44
Total		3.7386	.87638	562	

Tabla 156. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

Variables	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N	
Satisfacción Vida Futura	Hombre	Trabaja	3.2429	.89160	14	
		Desempleado o invalidez	3.5382	.75240	17	
		Jubilado	3.5339	.70570	155	
		Ama de casa	3.8750	1.23744	2	
			Total	3.5162	.72753	188
	Mujer	Trabaja	3.4075	.60728	40	
		Desempleado o invalidez	3.4498	.66497	72	
		Jubilado	3.5787	.70334	220	
		Ama de casa	3.5889	.69093	42	
			Total	3.5367	.68575	374
			Total	3.5602	.70372	375
			Ama de casa	3.6019	.70315	44
			Total	3.5299	.69942	562

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Se realizó un MANOVA 4x2 entre sujetos con nueve variables dependientes, los seis factores del Bienestar psicológicos y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura. Las variables independientes fueron la Situación laboral (Sitlab2) recodificada en cuatro categorías (“Trabaja”, “Desempleado o Invalidez”, “Jubilado” y “Ama/o de casa”) y el Sexo de los participantes. Los resultados se muestran en la Tabla 157. Teniendo en cuenta el criterio de Pillai, el Sexo no afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .019;  $F(9,546)=1.164$ ;  $p = .316$ ;  $\eta^2 = .019$ ) con un tamaño del efecto pequeño, dado que sólo explica el 1.9% de la varianza explicada. Por lo tanto, no hay efectos principales del Sexo en la combinación de variables dependientes. En cambio, la Situación Laboral (Sitlab2) si que afecta a la combinación de variables dependientes de Bienestar y Satisfacción: Traza de Pillai=.084;  $F(27,1644)=1.745$ ;  $p = .010$ ;  $\eta^2 = .028$ . Aunque el tamaño del efecto es modesto (2.9%). Por lo que, se evidencian diferencias significativas en el conjunto de las variables dependientes en función de la Situación Laboral actual de los participantes. Finalmente, no se han encontrado efectos principales de interacción de las variables independientes sobre las dependientes, es decir, no hay efectos principales producto de la interacción de la Situación Laboral con el Sexo, por lo que no afectan significativamente a las variables dependientes analizadas globalmente (Traza de Pillai = .059;  $F(27,1644) = 1.217$ ;  $p = .205$ ;  $\eta^2 = .020$ ). La

interacción también explicó una proporción muy baja de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial pues el tamaño del efecto es del 2%.

Tabla 157. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.019	1.164 <sup>b</sup>	9.000	546.000	.316	.019
	Lambda de Wilks	.981	1.164 <sup>b</sup>	9.000	546.000	.316	.019
	Traza de Hotelling	.019	1.164 <sup>b</sup>	9.000	546.000	.316	.019
	Raíz mayor de Roy	.019	1.164 <sup>b</sup>	9.000	546.000	.316	.019
Sitlab2	Traza de Pillai	.084	1.745	27.000	1644.000	.010	.028
	Lambda de Wilks	.918	1.747	27.000	1595.244	.010	.028
	Traza de Hotelling	.087	1.748	27.000	1634.000	.010	.028
	Raíz mayor de Roy	.048	2.917 <sup>c</sup>	9.000	548.000	.002	.046
SEXO *	Traza de Pillai	.059	1.217	27.000	1644.000	.205	.020
	Lambda de Wilks	.942	1.217	27.000	1595.244	.205	.020
Sitlab2	Traza de Hotelling	.060	1.217	27.000	1634.000	.204	.020
	Raíz mayor de Roy	.033	2.007 <sup>c</sup>	9.000	548.000	.036	.032

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, se realizaron análisis adicionales, análisis de varianza de continuación (ANOVAs), para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, pues en cuanto a la Situación Laboral ha resultado estadísticamente significativo encontrándose que ésta afecta significativamente en la combinación de las variables. Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 158. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 156. Tal y como se puede comprobar en la tabla, los análisis univariados de continuación, revelan que tan solo se encontraron efectos principales del Sexo en el factor Propósito de vida ( $F(1,554)=3.982$ ;  $p = .046$ ;  $\eta^2 = .007$ ). Aunque el tamaño del efecto en la explicación de la varianza en este factor del bienestar es muy pequeño (0.7%). Las diferencias estadísticamente significativas radican en que el hecho de ser hombre o mujer afecta en la percepción de un mayor o menor Propósito en la vida: los hombres informan de valores más altos en este factor.

Además, como se puede observar, se encontraron efectos principales de la Situación Laboral tan sólo, en la variable Relaciones positivas con los demás ( $F(3,1668) = 5.041$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .027$ ). En este caso el tamaño del efecto es también bastante pequeño (2.7%), aunque algo mayor que en el anterior dato presentado. En la Figura 46 se puede apreciar gráficamente estas diferencias.

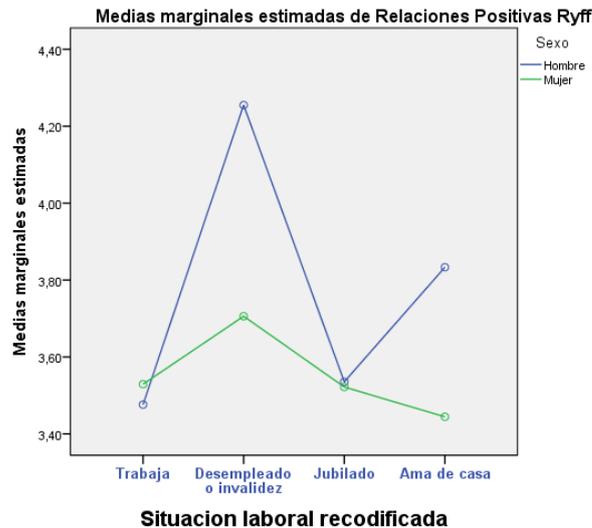


Figura 46. Efectos principales significativos de la Situación Laboral en el factor Relaciones positivas con los demás (Ryff).

Son las personas que están Desempleadas (o bien reciben una contraprestación económica por invalidez), las que perciben mejores relaciones sociales con los demás y más positivas, con mayor calidez, empatía y confianza. Finalmente, no se encontraron efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en ninguno de los factores analizados de forma individual. Y este resultado confirma los hallados previamente con el MANOVA, de forma que el Sexo de los participantes no interactúa con su Situación Laboral, y no afecta diferencialmente al Bienestar y la Satisfacción vital en función de si se es hombre o mujer o dependiendo de la condición laboral que presente.

Tabla 158. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Autonomía Ryff	.369	1	.369	1.355	.245	.002
	Environmental Mastery Ryff	.030	1	.030	.092	.761	.000
	Personal Growth Ryff	.631	1	.631	.992	.320	.002
	Positive relations Ryff	1.146	1	1.146	1.725	.190	.003
	Purpose in life Ryff	1.648	1	1.648	3.982	.046	.007
	Self acceptance Ryff	.001	1	.001	.003	.958	.000
	Satisfacción Vida Pasada	.113	1	.113	.144	.704	.000
	Satisfacción Vida Presente	.185	1	.185	.242	.623	.000
	Satisfacción Vida Futura	.039	1	.039	.079	.779	.000
Sitlab2	Autonomía Ryff	.671	3	.224	.822	.482	.004
	Environmental Mastery Ryff	.905	3	.302	.916	.433	.005
	Personal Growth Ryff	1.224	3	.408	.641	.589	.003
	Positive relations Ryff	10.052	3	3.351	5.041	.002	.027
	Purpose in life Ryff	2.461	3	.820	1.982	.116	.011
	Self acceptance Ryff	1.015	3	.338	.782	.504	.004
	Satisfacción Vida Pasada	2.692	3	.897	1.143	.331	.006
	Satisfacción Vida Presente	3.618	3	1.206	1.580	.193	.008
	Satisfacción Vida Futura	2.374	3	.791	1.616	.185	.009
SEXO * Sitlab2	Autonomía Ryff	1.144	3	.381	1.401	.241	.008
	Environmental Mastery Ryff	.555	3	.185	.562	.640	.003
	Personal Growth Ryff	.255	3	.085	.133	.940	.001
	Positive relations Ryff	3.790	3	1.263	1.900	.128	.010
	Purpose in life Ryff	3.089	3	1.030	2.488	.060	.013
	Self acceptance Ryff	.554	3	.185	.427	.734	.002
	Satisfacción Vida Pasada	1.454	3	.485	.618	.604	.003
	Satisfacción Vida Presente	.598	3	.199	.261	.853	.001
	Satisfacción Vida Futura	.590	3	.197	.401	.752	.002

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2 = variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\*Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación

#### **9.4.3.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado**

Con la finalidad de explorar la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes en cuanto a la Salud en base al Sexo y la Situación laboral así como investigar los efectos de interacción de ambas (cuando el efecto de un factor sobre la variable dependiente depende de cuál sea el nivel del otro factor), se estimó un MANOVA 4 (Sitlab2) x 2 (Sexo) con: Salud Percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión.

En la siguiente Tabla 159 se presentan las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones obtenidas en las escalas, distribuidas según la Situación laboral y el Sexo. En cuanto a la Salud Percibida, los hombres que son “Amas de casa” registran puntuaciones medias más elevadas que el resto ( $M = 4.50$ ;  $DT = .53$ ). En el grupo de las mujeres también son las que se dedican a las tareas domésticas las que puntúan más alto en la percepción de salud ( $M = 4.05$ ;  $DT = .69$ ). En el factor Autocuidado físico el grupo de hombres Amas de casa registran medias mayores que le resto de grupos ( $M = 4.33$ ;  $DT = .00$ ), por otra parte, las mujeres que están “Desempleadas o en situación de Invalidez” obtienen valores más altos ( $M=4.04$ ;  $DT = .75$ ). Respecto al Autocuidado social, de nuevo el grupo de hombres que son “Amas de casa” los que informan de medias más elevadas en este factor ( $M = 4.33$ ;  $DT=.47$ ). En cambio, en las mujeres, son las que están “Jubiladas” las que puntúan más alto en Autocuidado social ( $M = 4.05$ ;  $DT = .60$ ). Para el componente de Autocuidado interno, de nuevo el grupo de hombres que son “Amas de casa” las que obtienen valores medios más elevados ( $M = 3.66$ ;  $DT=1.88$ ). Al igual que en el grupo de mujeres que son “Amas de casa”, que informan de puntuaciones medias más altas ( $M = 3.62$ ;  $DT = .99$ ). Finalmente, para la variable Depresión, las mujeres que no trabajan y que se dedican a las tareas domésticas son las que registran valores medios más altos en sintomatología depresiva ( $M = 1.95$ ;  $DT=.85$ ) que el resto, en el grupo de los hombres también los que son “Amas/os de casa” sienten una mayor sintomatología depresiva ( $M = 1.60$ ;  $DT = .15$ ).

Tabla 159. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hombre	Trabaja	4.0344	.61359	14
		Desempleado o invalidez	4.2553	.55822	17
		Jubilado	4.0665	.66063	151
		Ama de casa	4.5000	.53033	2
		Total	4.0862	.64677	184
	Mujer	Trabaja	4.0022	.64814	40
		Desempleado o invalidez	3.8929	.73427	72
		Jubilado	3.9966	.68208	216
		Ama de casa	4.0501	.69780	41
		Total	3.9830	.68958	369
	Total	Trabaja	4.0106	.63378	54
		Desempleado o invalidez	3.9621	.71566	89
		Jubilado	4.0254	.67331	367
		Ama de casa	4.0710	.69255	43
		Total	4.0173	.67680	553
Self Care-physical	Hombre	Trabaja	3.5357	.89198	14
		Desempleado o invalidez	3.6667	.88192	17
		Jubilado	3.9492	.62746	151
		Ama de casa	4.3333	.00000	2
		Total	3.8958	.68299	184
	Mujer	Trabaja	3.7958	.65859	40
		Desempleado o invalidez	4.0463	.75122	72
		Jubilado	3.9676	.96675	216
		Ama de casa	3.9431	.81616	41
		Total	3.9616	.88189	369
	Total	Trabaja	3.7284	.72634	54
		Desempleado o invalidez	3.9738	.78693	89
		Jubilado	3.9600	.84288	367
		Ama de casa	3.9612	.80082	43
		Total	3.9397	.82103	553
Self Care-social	Hombre	Trabaja	3.5714	.77821	14
		Desempleado o invalidez	3.8824	.65554	17
		Jubilado	3.9757	.56843	151
		Ama de casa	4.3333	.47140	2
		Total	3.9402	.60008	184
	Mujer	Trabaja	3.9333	.52406	40
		Desempleado o invalidez	3.9491	.57439	72
		Jubilado	4.0563	.60578	216
		Ama de casa	3.9756	.72415	41
		Total	4.0131	.60572	369
	Total	Trabaja	3.8395	.61341	54
		Desempleado o invalidez	3.9363	.58738	89
		Jubilado	4.0232	.59124	367
		Ama de casa	3.9922	.71451	43
		Total	3.9888	.60429	553

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa.; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Tabla 159. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

Variables	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N
Self Care-internal	Hombre	Trabaja	2.5952	.80785	14
		Desempleado o invalidez	2.8431	.91377	17
		Jubilado	2.9812	.97136	151
		Ama de casa	3.6667	1.88562	2
		Total	2.9466	.96399	184
	Mujer	Trabaja	3.1333	.82621	40
		Desempleado o invalidez	3.1551	.92831	72
		Jubilado	3.3611	.95100	216
		Ama de casa	3.6260	.99218	41
		Total	3.3257	.94578	369
	Total	Trabaja	2.9938	.84796	54
		Desempleado o invalidez	3.0955	.92860	89
		Jubilado	3.2048	.97622	367
		Ama de casa	3.6279	1.01107	43
		Total	3.1995	.96766	553
Depresión	Hombre	Trabaja	1.4388	.58087	14
		Desempleado o invalidez	1.4132	.70635	17
		Jubilado	1.4891	.61520	151
		Ama de casa	1.6071	.15152	2
		Total	1.4795	.61541	184
	Mujer	Trabaja	1.7107	.74511	40
		Desempleado o invalidez	1.7890	.83081	72
		Jubilado	1.7832	.77153	216
		Ama de casa	1.9512	.85054	41
		Total	1.7951	.78867	369
	Total	Trabaja	1.6402	.71117	54
		Desempleado o invalidez	1.7172	.81835	89
		Jubilado	1.6622	.72512	367
		Ama de casa	1.9352	.83360	43
		Total	1.6901	.74992	553

Nota: N=Tamaño muestral; Situación laboral recodificada (Sitlab2) = Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa.; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

De nuevo, se realizó un MANOVA 4x2 entre sujetos con las cuatro variables dependientes que miden la Salud: Salud Percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión. Las variables independientes fueron la Situación Laboral (Sitlab2) que tiene cuatro condiciones (“Trabaja”, “Desempleado o invalidez”, “Jubilado” y “Ama/o de casa”) y el Sexo de los participantes (ver Tabla 160). Según el criterio de Pillai, ni el Sexo (Traza de Pillai = .015;  $F(5,541) = 1.639$ ;  $p=.148$ ;  $\eta^2 =.015$ ), ni la Situación Laboral (Traza de Pillai = .035;  $F(15,1629) = 1.274$ ;  $p=.210$ ;  $\eta^2 =.012$ ), ni la interacción de ambas variables independientes afectan significativamente a la combinación de variables dependientes que evalúan la Salud (Traza de Pillai = .020;  $F(15,1629) = .730$ ;  $p = .756$ ;  $\eta^2=.007$ ). Es decir, no se han encontrado diferencias significativas en el conjunto de las variables dependientes analizadas globalmente en función del Sexo y la Situación Laboral, ni tampoco en la interacción de ambas.

Tabla 160. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).*

Efecto	Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
SEXO	Traza de Pillai	.015	1.639 <sup>b</sup>	5.000	541.000	.148	.015
	Lambda de Wilks	.985	1.639 <sup>b</sup>	5.000	541.000	.148	.015
	Traza de Hotelling	.015	1.639 <sup>b</sup>	5.000	541.000	.148	.015
	Raíz mayor de Roy	.015	1.639 <sup>b</sup>	5.000	541.000	.148	.015
Sitlab2	Traza de Pillai	.035	1.274	15.000	1629.000	.210	.012
	Lambda de Wilks	.965	1.280	15.000	1493.864	.206	.012
	Traza de Hotelling	.036	1.286	15.000	1619.000	.203	.012
	Raíz mayor de Roy	.031	3.341 <sup>c</sup>	5.000	543.000	.006	.030
SEXO *	Traza de Pillai	.020	.730	15.000	1629.000	.756	.007
	Lambda de Wilks	.980	.729	15.000	1493.864	.757	.007
Sitlab2	Traza de Hotelling	.020	.728	15.000	1619.000	.757	.007
	Raíz mayor de Roy	.013	1.367 <sup>c</sup>	5.000	543.000	.235	.012

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, se procedió a continuación, examinar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, mediante análisis de varianza univariados (ANOVAs). Los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 161. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 158 de descriptivos. Se encontraron efectos principales del Sexo en solo una variable dependiente: en Depresión ( $F(1,541) = 4.310$ ;  $p = .038$ ;  $\eta^2 = .008$ ). Los resultados reflejan una asociación baja entre el Sexo y la Depresión ( $\eta^2 = .008$ ), siendo el tamaño del efecto bajo (0.8%). En general, tal y como se esperaba, las mujeres manifiestan una mayor sintomatología depresiva que los hombres. En cuanto a los efectos univariados de la Situación Laboral, como se puede observar, se encontraron efectos principales de la Situación laboral sólo en Autocuidado social ( $F(3,1641) = 2.822$ ;  $p = .038$ ;  $\eta^2 = .015$ ). Aunque el tamaño del efecto de nuevo es pequeño (1.5%) en la explicación de la variabilidad en esta variable. En general, las personas que están “Jubilados” implementan mayores conductas de Autocuidado social para establecer y mantener relaciones interpersonales positivas y satisfactorias. En la tabla de análisis descriptivos (ver Tabla 159) y en la Figura 47 se puede observar gráficamente estas diferencias.

Finalmente, la interacción del Sexo con la Situación Laboral no resultó estadísticamente significativa en ninguna de las variables dependientes analizadas por separado. Este resultado corrobora el obtenido previamente con el MANOVA al no encontrarse tampoco efectos principales de interacción multivariados.

Tabla 161. ANOVAs de continuación para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	1.186	1	1.186	2.588	.108	.005
	Self Care-physical	.102	1	.102	.151	.697	.000
	Self Care-social	.033	1	.033	.090	.764	.000
	Self Care-internal	2.007	1	2.007	2.239	.135	.004
	Depresión	2.347	1	2.347	4.310	.038	.008
Sitlab2	Perceived Health	.530	3	.177	.385	.764	.002
	Self Care-physical	3.787	3	1.262	1.878	.132	.010
	Self Care-social	3.067	3	1.022	2.822	.038	.015
	Self Care-internal	6.507	3	2.169	2.420	.065	.013
	Depresión	.355	3	.118	.217	.884	.001
SEXO * Sitlab2	Perceived Health	1.301	3	.434	.946	.418	.005
	Self Care-physical	2.329	3	.776	1.155	.326	.006
	Self Care-social	1.159	3	.386	1.066	.363	.006
	Self Care-internal	.660	3	.220	.245	.865	.001
	Depresión	.093	3	.031	.057	.982	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

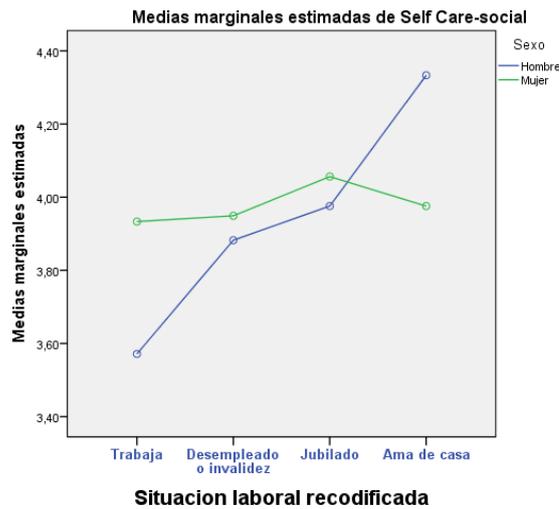


Figura 47. Efectos principales de la Situación Laboral en Autocuidado Social.

#### 9.4.3.4. Soledad y Aislamiento Social

Finalmente, y con el objetivo de analizar si hay efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en el grupo de variables dependientes que evalúan la Soledad y el Aislamiento, se estimó un MANOVA 4 (SitLab2) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes de este grupo: los dos factores de la Escala de Soledad de DJGLS (Soledad social y Soledad emocional) y los tres factores de la Escala de Soledad UCLA-3 (Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento).

Los análisis descriptivos se muestran en la Tabla 162, medias y desviaciones típicas distribuidas según el Sexo y la Situación Laboral. Para la Soledad social, los hombres que “Trabajan” informan de medias más altas que todos los demás grupos ( $M = .80$ ;  $DT = .33$ ). En las mujeres también ocurre lo mismo ( $M = .61$ ;  $DT = .45$ ). Por otra parte, en cuanto a la Soledad emocional (DJGLS), las mujeres “Amas de casa” registran valores más altos ( $M = .52$ ;  $DT = .55$ ), mientras que en los hombres, son los que “Trabajan” los que sienten más soledad emocional ( $M = .38$ ;  $DT = .41$ ). Por otro lado, en cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, en primer lugar, respecto al factor Aislamiento, los hombres que “Trabajan” tienen medias más elevadas que el resto ( $M = 1.09$ ;  $DT = .66$ ). En cambio, en las mujeres son las “Amas de casa” ( $M = 1.08$ ;  $DT = .68$ ). En segundo lugar, en el factor Rasgo Soledad los hombres “Desempleado/Invalidez” informan de puntuaciones medias más altas en esta dimensión ( $M = 1.14$ ;  $DT = .37$ ), mientras que en las mujeres son las que “Trabajan” ( $M = 1.01$ ;  $DT = .69$ ) las que puntúan más elevado en este componente de la Soledad. En último lugar, en el factor

Conexión social, los hombres que son “Amas de casa” son los que obtienen valores más altos respecto al resto ( $M = 1.14$ ;  $DT = .37$ ).

Tabla 162. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N	
Soledad Social- DJGLS	Hombre	Trabaja	.8000	.33282	14	
		Desempleado o invalidez	.5324	.47135	17	
		Jubilado	.5846	.43346	156	
		Ama de casa	.6000	.00000	2	
		Total	.5960	.43018	189	
	Mujer	Trabaja	.6103	.45410	39	
		Desempleado o invalidez	.5324	.39377	72	
		Jubilado	.4963	.41519	218	
		Ama de casa	.5386	.54569	44	
		Total	.5202	.43231	373	
		Total	Trabaja	.6604	.43071	53
			Desempleado o invalidez	.5324	.40681	89
			Jubilado	.5332	.42458	374
			Ama de casa	.5413	.53357	46
Total	.5457		.43270	562		
Soledad Emocional- DJGLS	Hombre	Trabaja	.3833	.41443	14	
		Desempleado o invalidez	.3020	.36142	17	
		Jubilado	.3647	.44502	156	
		Ama de casa	.2500	.35355	2	
		Total	.3593	.43293	189	
	Mujer	Trabaja	.3325	.41078	39	
		Desempleado o invalidez	.3831	.43687	72	
		Jubilado	.4248	.48528	218	
		Ama de casa	.5265	.55794	44	
		Total	.4191	.47900	373	
		Total	Trabaja	.3459	.40836	53
			Desempleado o invalidez	.3676	.42281	89
			Jubilado	.3998	.46924	374
			Ama de casa	.5145	.55090	46
Total	.3990		.46449	562		
Aislamiento-UCLA3	Hombre	Trabaja	1.0952	.66361	14	
		Desempleado o invalidez	1.0196	.68745	17	
		Jubilado	.8764	.54952	156	
		Ama de casa	.7222	.39284	2	
		Total	.9039	.57041	189	
	Mujer	Trabaja	1.0100	.72196	39	
		Desempleado o invalidez	1.0080	.59646	72	
		Jubilado	1.0196	.58372	218	
		Ama de casa	1.0858	.68247	44	
		Total	1.0241	.61178	373	
		Total	Trabaja	1.0325	.70173	53
			Desempleado o invalidez	1.0102	.61073	89
			Jubilado	.9598	.57332	374
			Ama de casa	1.0700	.67388	46
Total	.9837		.60038	562		

Nota: N=Tamaño muestral..

Tabla 162. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

VARIABLES	Sexo	Situación laboral recodificada	Media	Desviación típica	N	
Rasgo Soledad-UCLA3	Hombre	Trabaja	1.1250	.73216	14	
		Desempleado o invalidez	1.1471	.37561	17	
		Jubilado	.9856	.52047	156	
		Ama de casa	1.0000	.00000	2	
		Total	1.0106	.52497	189	
	Mujer	Trabaja	1.0150	.69535	39	
		Desempleado o invalidez	.9340	.52144	72	
		Jubilado	.9006	.47707	218	
		Ama de casa	1.0095	.53923	44	
		Total	.9319	.51930	373	
		Total	Trabaja	1.0440	.69982	53
			Desempleado o invalidez	.9747	.50211	89
			Jubilado	.9361	.49673	374
			Ama de casa	1.0091	.52711	46
Total	.9583		.52207	562		
Conexión social-UCLA3	Hombre	Trabaja	.7551	.48665	14	
		Desempleado o invalidez	.5462	.39845	17	
		Jubilado	.6119	.43735	156	
		Ama de casa	.8452	.01684	2	
		Total	.6191	.43593	189	
	Mujer	Trabaja	.6374	.37632	39	
		Desempleado o invalidez	.5704	.44413	72	
		Jubilado	.6202	.43011	218	
		Ama de casa	.6318	.50786	44	
		Total	.6138	.43626	373	
		Total	Trabaja	.6685	.40675	53
			Desempleado o invalidez	.5658	.43371	89
			Jubilado	.6168	.43258	374
			Ama de casa	.6411	.49840	46
Total	.6156		.43577	562		

Nota: N=Tamaño muestral..

Para poner a prueba los datos obtenidos tras el análisis descriptivo, se estimó un MANOVA 4 (Sitlab2) x 2 (Sexo) con las variables dependientes: Soledad social y Soledad emocional, Aislamiento, Rasgo soledad y Conexión social. Los resultados de este MANOVA mostraron que las variables dependientes combinadas no se ven afectadas de forma significativa por el Sexo (Traza de Pillai = .011;  $F(5,550) = 1.273$ ;  $p=.274$ ;  $\eta^2 =.011$ ), ni por la Situación laboral (Traza de Pillai = .032;  $F(5,550) = 1.205$ ;  $p=.260$ ;  $\eta^2 =.011$ ), ni tampoco por la interacción de ambas variables dependientes (Traza de Pillai = .014;  $F(5,1656) = .515$ ;  $p = .934$ ;  $\eta^2 =.005$ ). En todos los casos el tamaño del efecto fue muy pequeño, especialmente en la interacción del Sexo y la Situación laboral (0.5%), (ver Tabla 163).

Tabla 163. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación Laboral recodificada (Sitlab2).*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.011	1.273 <sup>b</sup>	5.000	550.000	.274	.011
	Lambda de Wilks	.989	1.273 <sup>b</sup>	5.000	550.000	.274	.011
	Traza de Hotelling	.012	1.273 <sup>b</sup>	5.000	550.000	.274	.011
	Raíz mayor de Roy	.012	1.273 <sup>b</sup>	5.000	550.000	.274	.011
Sitlab2	Traza de Pillai	.032	1.205	15.000	1656.000	.260	.011
	Lambda de Wilks	.968	1.205	15.000	1518.709	.260	.011
	Traza de Hotelling	.033	1.205	15.000	1646.000	.260	.011
	Raíz mayor de Roy	.021	2.326 <sup>c</sup>	5.000	552.000	.042	.021
SEXO *	Traza de Pillai	.014	.515	15.000	1656.000	.934	.005
	Lambda de Wilks	.986	.514	15.000	1518.709	.935	.005
Sitlab2	Traza de Hotelling	.014	.512	15.000	1646.000	.935	.005
	Raíz mayor de Roy	.008	.853 <sup>c</sup>	5.000	552.000	.513	.008

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

Para entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativos sobre las variables dependientes individuales, se realizaron ANOVAs de continuación. Los resultados de estos ANOVAs se presentan en la Tabla 164. Como se puede observar, no se encontraron efectos principales ni del Sexo, ni de la Situación laboral ni tampoco de la interacción de ambos. Las variables independientes por tanto, no afectan significativamente a los sentimientos y percepción de la Soledad y Aislamiento social. Tampoco su interacción. Estos resultados corroboran los obtenidos previamente con el MANOVA.

Tabla 164. ANOVAs de continuación) para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con la Situación laboral recodificada (Sitlab2).

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social- DJGLS	.164	1	.164	.879	.349	.002
	Soledad Emocional- DJGLS	.191	1	.191	.886	.347	.002
	Aislamiento-UCLA3	.239	1	.239	.664	.416	.001
	Rasgo Soledad-UCLA3	.226	1	.226	.830	.363	.001
	Conexión social-UCLA3	.127	1	.127	.663	.416	.001
Sitlab2	Soledad Social- DJGLS	1.035	3	.345	1.853	.137	.010
	Soledad Emocional- DJGLS	.164	3	.055	.254	.859	.001
	Aislamiento-UCLA3	.581	3	.194	.538	.656	.003
	Rasgo Soledad-UCLA3	.953	3	.318	1.167	.321	.006
	Conexión social-UCLA3	.561	3	.187	.978	.403	.005
SEXO * Sitlab2	Soledad Social- DJGLS	.214	3	.071	.384	.765	.002
	Soledad Emocional- DJGLS	.221	3	.074	.341	.796	.002
	Aislamiento-UCLA3	.819	3	.273	.759	.518	.004
	Rasgo Soledad-UCLA3	.220	3	.073	.270	.847	.001
	Conexión social-UCLA3	.242	3	.081	.422	.737	.002

.Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Sitlab2= variable Situación laboral recodificada: Trabaja, Desempleado o invalidez, Jubilado y Ama de casa; Sexo\* Sitlab2 = Intersección de la variable Sexo y la variable Sitlab2.

#### 9.4.3.5. Resumen de los resultados obtenidos en función de la interacción entre el Sexo y la Situación Laboral 2

Como resumen y conclusión a este punto que analiza las posibles interacciones entre el Sexo y la Situación Laboral actual en todos los grupos de variables dependientes que han sido analizadas en este estudio se presentan a continuación los resultados, recopilados en la siguiente Tabla 165.

Tabla 165. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Situación Laboral2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sitlab2
<b>Interacción Sexo*Situación Laboral2</b> (Trabajo, Desempleado o Invalidez, Jubilado y Amo/a de casa)	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .013; $F_{3,556} = 2.497$ ; $p = .059$ ; $\eta^2 = .013$	No		<b>No hay Interacción Multivariada, pero si univariada.</b>  <b>Interacción en Red social:</b> Las mujeres que trabajan > Red Social que los hombre que trabajan. Los Hombres que son "Amas de casa" > Red social que las mujeres "Amas de casa"
		<b>Situación Laboral</b> Traza de Pillai = .022; $F_{9,1674} = 1.393$ ; $p = .186$ ; $\eta^2 = .007$	No		
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .028; $F_{9,1674} = 1.760$ ; $p = .071$ ; $\eta^2 = .009$	<b>Red social</b> ( $F_{3,1680} = 3.301$ ; $p = .020$ ; $\eta^2 = .017$ )		
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .019; $F_{9,546} = 1.164$ ; $p = .316$ ; $\eta^2 = .019$	<b>Propósito de vida</b> ( $F_{1,554} = 3.982$ ; $p = .046$ ; $\eta^2 = .007$ ).		Los Hombres > Propósito de vida
		<b>Situación Laboral</b> Traza de Pillai = .084 $F_{27,1644} = 1.745$ ; $p = .010$ ; $\eta^2 = .028$	<b>Relaciones positivas con los demás</b> ( $F_{3,1668} = 5.041$ ; $p = .002$ ; $\eta^2 = .027$ )	$\neq$ "Desempleado/Invalidez" y "Jubilado" (DM =.2833, p=.018)	Las personas Desempleadas > Relaciones positivas que los jubilados principalmente.
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai=.059; $F_{27,1644} = 1.217$ ; $p = .205$ ; $\eta^2 = .020$	No		<b>No hay interacción multivariada.</b>

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor;  $\neq$  = diferencias, DM= diferencias de medias.

Tabla 165. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\*Situación Laboral2.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sitlab2
<b>Interacción Sexo*Situación Laboral2</b> (Trabajo, Desempleado o Invalidez, Jubilado y Amo/a de casa)	<b>Salud</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .015; $F_{5,541} = 1.639$ ; $p = .148$ ; $\eta^2 = .015$	<b>Depresión</b> ( $F_{1,541} = 4.310$ ; $p = .038$ ; $\eta^2 = .008$ )		Las mujeres > Depresión
		<b>Situación Laboral</b> Traza de Pillai = .035; $F_{15,1629} = 1.274$ ; $p = .210$ ; $\eta^2 = .012$	<b>Autocuidado social</b> ( $F_{3,1641} = 2.822$ ; $p = .038$ ; $\eta^2 = .015$ )		Las personas jubiladas > autocuidado social
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .020; $F_{15,1629} = .730$ ; $p = .756$ ; $\eta^2 = .007$	No		<b>No hay interacción</b> multivariada ni univariada
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .011; $F_{5,550} = 1.273$ ; $p = .274$ ; $\eta^2 = .011$	No		No hay efectos principales ni del Sexo ni de la Situación Laboral.  <b>No hay interacción</b> multivariada ni univariada.
		<b>Situación laboral</b> Traza de Pillai = .032; $F_{5,550} = 1.205$ ; $p = .260$ ; $\eta^2 = .011$	No		
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .014; $F_{15,1656} = .515$ ; $p = .934$ ; $\eta^2 = .005$	No		

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencias.

#### 9.4.4. Análisis de las variables Sexo\* Cuidado de familiar dependiente recodificada

Como ya se ha comentado previamente en capítulos anteriores, la diferente experiencia vital, familiar y laboral de mujeres y hombres determina la manera de vivir y envejecer. En el ámbito de los cuidados informales, la distinta distribución de las responsabilidades en relación al cuidado, va asociada a una distribución diferente de sus costes, generando desigualdades de género en la salud y en la calidad de vida, aunque algunas aportaciones recientes apuntan ciertos efectos positivos que el cuidar produce en las personas cuidadoras; sin embargo, son más numerosos los estudios que documentan efectos adversos sobre la salud y la calidad de vida.

Es por ello que uno de los objetivos propuestos en esta tesis es explorar si el cuidado informal, en este caso, el Cuidado a familiares dependientes y el Cuidado de nietos, afecta significativamente al envejecimiento activo, con éxito y saludable, y si estas posibles diferencias se ven influenciadas por el Sexo. Es decir, averiguar si hay un efecto de interacción entre el Sexo de los participantes y el cuidado informal en el conjunto de variables dependientes que se analizan en este estudio.

En primer lugar, se presentan en la Tabla 166 los valores de *N* y los valores perdidos para la interacción de las variables independientes Sexo y Cuidador de familiares dependientes. Esta variable sociodemográfica, como ya se ha comentado, ha sido recodificada en las siguientes condiciones o categorías de respuestas: “Nunca”, “Ocasionalmente” y “A diario”. De los 652 cuestionarios recogidos, finalmente se contó con una muestra de 456 personas que respondieron en estas variables.

Tabla 166. Valores de *N* para las variables Sexo \* Cuidador de familiares dependientes.

	Válidos		Perdidos		Total	
	<i>N</i>	Porcentaje	<i>N</i>	Porcentaje	<i>N</i>	Porcentaje
Sexo * Cuidador de dependiente	456	69,9%	196	30,1%	652	100,0%

*Nota:* *N*= Tamaño muestra; Sexo \* Cuidador de dependiente= Interacción de las variables Sexo y la variable Cuidador de dependiente: “Nunca”, “Ocasionalmente” y “A diario”.

Posteriormente, se presentan los valores de *N* distribuidos según el Sexo de los participantes y el Cuidado a dependientes (ver Tabla 167). Podemos observar que el tamaño de la muestra se compone finalmente de 456 casos en total, de los cuales las mujeres son mayoritarias en todos los grupos, siendo casi el doble las mujeres que informan que cuidan de familiares dependientes (*N*=300) que de hombres (*N*= 156).

Tabla 167. *Tabla de contingencia Sexo \* Cuidador de familiar dependiente.*

		Nunca	Cuidador de dependiente Ocasionalmente-semanal	A diario	Total
Sexo	Hombre	57	76	23	156
	Mujer	106	137	57	300
Total		163	213	80	456

Nota: N= Tamaño muestra; Cuidador de dependiente = “Nunca”, “Ocasionalmente” y “A diario”.

#### 9.4.4.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social

En este primer apartado, se resumirán los resultados obtenidos en el grupo de variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales. El objetivo es indagar sobre la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en estas variables dependientes: la Red social y el Apoyo social, en función del Sexo y del Cuidado de familiares dependientes, así como sus efectos de interacción. Es decir, básicamente el fin es entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativos en el caso de que las hubiera, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes que miden los Recursos Sociales. Para ello, se estimó un MANOVA 3 (Cuidador dependiente) x 2 (Sexo) con las variables dependientes Red social y los dos factores de Apoyo social funcional: Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo.

Los análisis descriptivos en las escalas se presentan en la siguiente Tabla 168. Se muestran las medias y desviaciones típicas, tanto para hombres como para las mujeres. Se puede observar que para la Red Social y Estructural de Lubben, los valores más altos los obtienen las mujeres que indican que cuidan “A diario” ( $M = 3.74$ ;  $DT = .82$ ), al igual que en el grupo de los hombres ( $M = 3.73$ ;  $DT = .78$ ). Para el factor Apoyo social confidencial, observamos que de nuevo las mujeres que cuidan “A diario” informan de puntuaciones medias más altas ( $M = 4.08$ ;  $DT = .82$ ). En los hombres, también ocurre lo mismo, pues los que cuidan “A diario” informan de un mayor Apoyo social confidencial ( $M = 3.96$ ;  $DT = .91$ ). Por último, en cuanto el Apoyo social afectivo, ocurre que los hombres que cuidan “A diario” registran valores más elevados que el resto ( $M = 4.35$ ;  $DT = .70$ ). En cambio, en las mujeres, las que cuidan a familiares dependientes “Ocasionalmente” son las que señalan mayor Apoyo social afectivo ( $M=4.13$ ;  $DT = .88$ ).

Tabla 168. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.

Variables	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Hombre	Nunca	3.2816	.80785	57
		Ocasionalmente-semanal	3.4943	.76188	75
		A diario	3.7332	.78211	23
		Total	3.4516	.79187	155
	Mujer	Nunca	3.4361	.76401	105
		Ocasionalmente-semanal	3.6643	.92068	132
		A diario	3.7460	.82500	55
		Total	3.5976	.85562	292
	Total	Nunca	3.3818	.78073	162
		Ocasionalmente-semanal	3.6027	.86848	207
		A diario	3.7422	.80754	78
		Total	3.5470	.83607	447
Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	Nunca	3.9029	.99260	57
		Ocasionalmente-semanal	3.8197	.87305	75
		A diario	3.9633	.91240	23
		Total	3.8716	.92000	155
	Mujer	Nunca	3.8510	.84613	105
		Ocasionalmente-semanal	4.0635	.83064	132
		A diario	4.0832	.82201	55
		Total	3.9908	.83840	292
	Total	Nunca	3.8693	.89765	162
		Ocasionalmente-semanal	3.9752	.85228	207
		A diario	4.0478	.84542	78
		Total	3.9495	.86839	447
Apoyo social afectivo-Duke	Hombre	Nunca	4.0307	1.01668	57
		Ocasionalmente-semanal	4.0544	.97554	75
		A diario	4.3514	.70036	23
		Total	4.0898	.95675	155
	Mujer	Nunca	3.9437	.89414	105
		Ocasionalmente-semanal	4.1338	.88538	132
		A diario	4.0409	.98808	55
		Total	4.0479	.90943	292
	Total	Nunca	3.9743	.93686	162
		Ocasionalmente-semanal	4.1051	.91751	207
		A diario	4.1325	.91931	78
		Total	4.0625	.92525	447

Nota: N=Tamaño muestral; Cuidado de dependientes recodificada: “Nunca”, “Ocasionalmente-semanal” y “A diario”.

Para probar estas diferencias entre sexos en el cuidado detectadas en los análisis descriptivos previos, se realizó un primer MANOVA 3x2 entre sujetos con tres variables dependientes: Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Las variables independientes fueron, por una parte, Cuidador de familiar dependiente con tres categorías de respuesta (“Nunca”, “Ocasionalmente-semanal” y “A diario”) y por otra, el Sexo de los participantes. Según se observa en la Tabla 169, el Sexo afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .027;  $F(3,439) = 3.991$ ;  $p = .008$ ;  $\eta^2 = .027$ ). El tamaño del efecto es modesto pues explica el 2.7% de la varianza explicada. Por

otra parte, ni el Cuidado a dependientes (Traza de Pillai = .027;  $F(6,880) = 2.042$ ;  $p = .058$ ;  $\eta^2 = .014$ ), ni tampoco su interacción con el Sexo resultaron significativas en este grupo de variables dependientes (Traza de Pillai = .019;  $F(6,880) = 1.393$ ;  $p = .214$ ;  $\eta^2 = .009$ ). Los resultados reflejan una muy baja asociación entre el Cuidado a dependientes y la combinación de variables, ya que el tamaño del efecto es 1.4% en la varianza explicada. La interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial, pues el tamaño del efecto es del 0.9%.

Tabla 169. *Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de dependientes recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.027	3.991 <sup>b</sup>	3.000	439.000	.008	.027
	Lambda de Wilks	.973	3.991 <sup>b</sup>	3.000	439.000	.008	.027
	Traza de Hotelling	.027	3.991 <sup>b</sup>	3.000	439.000	.008	.027
	Raíz mayor de Roy	.027	3.991 <sup>b</sup>	3.000	439.000	.008	.027
CUIDADORDEP	Traza de Pillai	.027	2.042	6.000	880.000	.058	.014
	Lambda de Wilks	.973	2.052 <sup>b</sup>	6.000	878.000	.057	.014
	Traza de Hotelling	.028	2.061	6.000	876.000	.055	.014
	Raíz mayor de Roy	.028	4.121 <sup>c</sup>	3.000	440.000	.007	.027
SEXO *	Traza de Pillai	.019	1.393	6.000	880.000	.214	.009
	Lambda de Wilks	.981	1.391 <sup>b</sup>	6.000	878.000	.215	.009
CUIDADORDEP	Traza de Hotelling	.019	1.390	6.000	876.000	.216	.009
	Raíz mayor de Roy	.014	2.109 <sup>c</sup>	3.000	440.000	.098	.014

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Cuidado dep.= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep. = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dep.

A pesar de que el MANOVA no tiene un efecto multivariado significativo en la interacción de ambas variables independientes, a continuación, se realizaron análisis de varianza de continuación (ANOVAs), para así investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado, pues en cuanto al Sexo por ejemplo, se ha encontrado una diferencia significativa sobre la combinación de las variables. Por una parte, los resultados de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 170. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 168, por otra. Tal y como se puede comprobar en la tabla, se hallaron efectos principales del Sexo en la Red social ( $F(1,441) = 5.581$ ;  $p = .004$ ;  $\eta^2 = .025$ ). El tamaño del efecto es bajo pues explica el 2.5% de la varianza explicada en dicha variable. En general, las mujeres informan de mayor Red social que los hombres. No se encontraron efectos principales del Cuidado de familiar dependiente

en ninguna de las variables dependientes analizadas separadamente. Finalmente, tampoco se encontraron efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de dependientes en este grupo de variables.

Tabla 170. ANOVAs de continuación para las variables Red social y Apoyo social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural-Lubben	1.038	1	1.038	1.518	.219	.003
	Apoyo social confidencial-Duke	.888	1	.888	1.182	.278	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	.923	1	.923	1.078	.300	.002
CUIDADORDEP	Red social y estructural-Lubben	7.630	2	3.815	5.581	.004	.025
	Apoyo social confidencial-Duke	1.005	2	.502	.669	.513	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	2.157	2	1.079	1.260	.285	.006
SEXO * CUIDADORDEP	Red social y estructural-Lubben	.313	2	.156	.229	.795	.001
	Apoyo social confidencial-Duke	1.823	2	.911	1.214	.298	.005
	Apoyo social afectivo-Duke	1.949	2	.974	1.138	.321	.005

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Cuidado dep.= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dep.

En resumen, no se ha podido demostrar efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de familiares dependientes en este grupo de variables dependientes, es decir, que el hecho de ser hombre o mujer no afecta en este grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales cuando se es cuidador de familiares dependientes.

#### 9.4.4.2. Bienestar y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida

En este punto se resumirán los hallazgos obtenidos con el fin de investigar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables dependientes que evalúan la Satisfacción vital y el Bienestar en función del Sexo y el Cuidado de familiares dependientes, así como sus posibles efectos de interacción. Se pretende entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas en el caso de que hubiera, de las dos variables independientes sobre el conjunto de variables dependientes que evalúan Bienestar y Satisfacción con la vida. Para ello, se estimó un MANOVA 3 (Cuidador dependiente) x 2 (Sexo) con los seis factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno,

Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación y Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura.

En primer lugar, se han resumido los análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) distribuidos según el Sexo y la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes (ver Tabla 171). Observamos que para el factor Autonomía del Bienestar Psicológico de Ryff, el valor más elevado lo obtienen las mujeres que cuidan de dependientes “Ocasionalmente” ( $M=3.54$ ;  $DT = .56$ ). En cambio, en el grupo de los hombres el valor más elevado es para los que cuidan “A diario” ( $M = 3.53$ ;  $DT = .49$ ). En cuanto al Dominio del Entorno, los hombres que “Nunca” cuidan tienen puntuaciones medias más altas ( $M = 3.68$ ;  $DT = .56$ ). Y ocurre lo mismo en el grupo de las mujeres ( $M = 3.55$ ;  $DT=.53$ ). A continuación, para la dimensión Crecimiento Personal, las mujeres que informan que cuidan de familiares dependientes “Ocasionalmente” registran puntuaciones medias mayores ( $M = 3.92$ ;  $DT = .59$ ). Mientras que para los hombres, son los que “Nunca” cuidan los que obtienen valores más altos para este factor del Bienestar ( $M = 3.83$ ;  $DT = .61$ ). Respecto al componente Relaciones positivas con los demás, los hombres que indican que cuidan a dependientes “Ocasionalmente” son los que registran las puntuaciones medias más altas que el resto ( $M = 3.65$ ;  $DT = 1.31$ ). También ocurre lo mismo en el grupo de mujeres, pues las que señalan que son cuidadoras ocasionales son las que tienen medias superiores ( $M = 3.61$ ;  $DT = .69$ ). En Propósito de vida, en cambio, los hombres que “Nunca” cuidan informan de un mayor propósito en la vida que el resto de grupos ( $M = 3.43$ ;  $DT = .64$ ). En las mujeres, pues, no se repite este dato ya que son las que señalan que cuidan “Ocasionalmente” las que tienen valores más altos ( $M = 3.35$ ;  $DT = .66$ ). Por último, en el factor Autoaceptación, encontramos que son los hombres que cuidan “A diario” puntúan más alto en este factor ( $M = 3.68$ ;  $DT=.66$ ). Al igual que en el grupo de las mujeres ( $M = 3.66$ ;  $DT = .64$ ). Finalmente, para las dimensiones temporales de Satisfacción con la vida, las personas que cuidan “A diario” ya sean hombres o mujeres, indican de mayores niveles de Satisfacción vital, tanto en Satisfacción con la vida pasada (Hombres:  $M=3.56$ ,  $DT = .97$  ; Mujeres:  $M=3.68$ ,  $DT = .97$ ), presente (Hombres:  $M= 4.40$ ,  $DT = .62$  ; Mujeres:  $M = 3.97$ ,  $DT=.81$ ) como futura (Hombres:  $M= 3.89$ ,  $DT = .62$  ; Mujeres:  $M = 3.70$ ,  $DT = .61$ ).

Tabla 171. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	Nunca	3.5322	.54503	57
		Ocasionalmente-semanal	3.4689	.56399	75
		A diario	3.5362	.49989	23
		Total	3.5022	.54554	155
	Mujer	Nunca	3.4820	.49302	102
		Ocasionalmente-semanal	3.5404	.56552	132
		A diario	3.5357	.51514	56
		Total	3.5190	.53025	290
	Total	Nunca	3.5000	.51113	159
		Ocasionalmente-semanal	3.5145	.56465	207
		A diario	3.5359	.50754	79
		Total	3.5131	.53507	445
Environmental Mastery Ryff	Hombre	Nunca	3.6842	.56139	57
		Ocasionalmente-semanal	3.6044	.54716	75
		A diario	3.6232	.49548	23
		Total	3.6366	.54305	155
	Mujer	Nunca	3.5572	.53198	102
		Ocasionalmente-semanal	3.4747	.52077	132
		A diario	3.5417	.62219	56
		Total	3.5167	.54499	290
	Total	Nunca	3.6027	.54437	159
		Ocasionalmente-semanal	3.5217	.53283	207
		A diario	3.5654	.58618	79
		Total	3.5584	.54670	445
Personal Growth Ryff	Hombre	Nunca	3.8333	.61721	57
		Ocasionalmente-semanal	3.7822	.52703	75
		A diario	3.7391	.55008	23
		Total	3.7946	.56242	155
	Mujer	Nunca	3.8007	.57880	102
		Ocasionalmente-semanal	3.9242	.59769	132
		A diario	3.8810	.58059	56
		Total	3.8724	.58840	290
	Total	Nunca	3.8124	.59112	159
		Ocasionalmente-semanal	3.8728	.57588	207
		A diario	3.8397	.57205	79
		Total	3.8453	.58004	445
Positive relations Ryff	Hombre	Nunca	3.5526	.59857	57
		Ocasionalmente-semanal	3.6578	1.31744	75
		A diario	3.4203	.66831	23
		Total	3.5839	1.01741	155
	Mujer	Nunca	3.4722	.71833	102
		Ocasionalmente-semanal	3.6124	.69241	132
		A diario	3.6042	.81561	56
		Total	3.5615	.72705	290
	Total	Nunca	3.5010	.67700	159
		Ocasionalmente-semanal	3.6288	.96377	207
		A diario	3.5506	.77595	79
		Total	3.5693	.83858	445

Nota: N=Tamaño muestral; Cuidado de dependientes = Nunca, Ocasionalmente-semanalmente y a diario; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Tabla 171. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de dependientes recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Purpose in life Ryff	Hombre	Nunca	3.4386	.64598	57
		Ocasionalmente-semanal	3.3378	.60898	75
		A diario	3.2029	.73676	23
		Total	3.3548	.64318	155
	Mujer	Nunca	3.2859	.56793	102
		Ocasionalmente-semanal	3.3598	.66118	132
		A diario	3.1369	.68690	56
		Total	3.2908	.63832	290
	Total	Nunca	3.3407	.59956	159
		Ocasionalmente-semanal	3.3519	.64135	207
		A diario	3.1561	.69765	79
		Total	3.3131	.64002	445
Self acceptance Ryff	Hombre	Nunca	3.5088	.64274	57
		Ocasionalmente-semanal	3.6756	.57988	75
		A diario	3.6812	.66270	23
		Total	3.6151	.61738	155
	Mujer	Nunca	3.4052	.66274	102
		Ocasionalmente-semanal	3.5467	.69663	132
		A diario	3.6667	.64511	56
		Total	3.5201	.67957	290
	Total	Nunca	3.4423	.65549	159
		Ocasionalmente-semanal	3.5934	.65822	207
		A diario	3.6709	.64603	79
		Total	3.5532	.65943	445
Satisfacción Vida Pasada	Hombre	Nunca	3.2096	.75530	57
		Ocasionalmente-semanal	3.5807	.82736	75
		A diario	3.5652	.97915	23
		Total	3.4419	.83961	155
	Mujer	Nunca	3.2145	.87157	102
		Ocasionalmente-semanal	3.3629	.83299	132
		A diario	3.6896	.97279	56
		Total	3.3738	.88794	290
	Total	Nunca	3.2128	.82933	159
		Ocasionalmente-semanal	3.4418	.83556	207
		A diario	3.6534	.97001	79
		Total	3.3975	.87107	445
Satisfacción Vida Presente	Hombre	Nunca	3.6482	.95777	57
		Ocasionalmente-semanal	3.7280	.81183	75
		A diario	4.4087	.62516	23
		Total	3.7997	.87891	155
	Mujer	Nunca	3.5183	.92442	102
		Ocasionalmente-semanal	3.8023	.83693	132
		A diario	3.9732	.81318	56
		Total	3.7354	.87843	290
	Total	Nunca	3.5649	.93558	159
		Ocasionalmente-semanal	3.7754	.82672	207
		A diario	4.1000	.78495	79
		Total	3.7578	.87814	445
Satisfacción Vida Futura	Hombre	Nunca	3.4851	.83345	57
		Ocasionalmente-semanal	3.4133	.65043	75
		A diario	3.8957	.62938	23
		Total	3.5113	.73448	155
	Mujer	Nunca	3.4047	.63555	102
		Ocasionalmente-semanal	3.5624	.71359	132
		A diario	3.7086	.61236	56
		Total	3.5352	.67492	290
	Total	Nunca	3.4335	.71127	159
		Ocasionalmente-semanal	3.5084	.69350	207
		A diario	3.7631	.61924	79
		Total	3.5269	.69551	445

Como ya se ha explicado previamente, se realizó un MANOVA 3x2 entre sujetos con nueve variables dependientes, los seis factores del Bienestar psicológicos y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura. Las variables independientes fueron Cuidador de dependientes recodificada con tres categorías (Nunca, Ocasionalmente y A diario) y el Sexo/género de los participantes. En la Tabla 172 aparecen los resultados. Teniendo en cuenta el criterio de Pillai, el Sexo no afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .026;  $F(9,431)=1.256$ ;  $p = .259$ ;  $\eta^2 = .026$ ). Por lo tanto, no hay efectos principales del Sexo en la combinación de variables dependientes. En cambio, el Cuidado a familiares dependientes sí que afecta a la combinación de variables dependientes de Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida: Traza de Pillai = .102;  $F(18,864) = 2.591$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .051$ . El tamaño del efecto de esta variable independiente es moderado, dado que explica el 5.1% de la varianza en el conjunto de las variables. No se han detectado efectos principales de interacción de las variables independientes sobre las dependientes, es decir, no hay efectos principales producto de la interacción del Cuidado a familiares dependientes con el Sexo, por lo que no afectan significativamente cuando se analizan este grupo de variables dependientes globalmente (Traza de Pillai = .044;  $F(18,864) = 1.086$ ;  $p = .362$ ;  $\eta^2 = .022$ ). La interacción también explicó una proporción baja de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial pues el tamaño del efecto es del 2.2%.

Los análisis univariados adicionales realizados para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado (ANOVAs), se muestran en la Tabla 173 siguiente. El MANOVA anterior no ha resultado significativo, principalmente en cuanto a la interacción de ambas variables independientes, aunque la frecuencia en el Cuidado a familiares dependientes sí que ha resultado significativo para la combinación de variables. Tal y como se puede comprobar en la Tabla 173 de análisis univariados, tan solo se encontraron efectos principales del Cuidado a dependientes en el factor Autoaceptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff ( $F(2,880) = 3.361$ ;  $p = .036$ ;  $\eta^2 = .015$ ), y en las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: pasada ( $F(2,880) = 6.462$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .029$ ), presente ( $F(2,880) = 11.315$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .049$ ) y futura ( $F(2,880) = 6.583$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .029$ ).

Tabla 172. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de dependientes recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.026	1.256 <sup>b</sup>	9.000	431.000	.259	.026
	Lambda de Wilks	.974	1.256 <sup>b</sup>	9.000	431.000	.259	.026
	Traza de Hotelling	.026	1.256 <sup>b</sup>	9.000	431.000	.259	.026
	Raíz mayor de Roy	.026	1.256 <sup>b</sup>	9.000	431.000	.259	.026
CUIDADORDEP	Traza de Pillai	.102	2.591	18.000	864.000	.000	.051
	Lambda de Wilks	.900	2.603 <sup>b</sup>	18.000	862.000	.000	.052
	Traza de Hotelling	.109	2.616	18.000	860.000	.000	.052
	Raíz mayor de Roy	.083	3.987 <sup>c</sup>	9.000	432.000	.000	.077
SEXO *	Traza de Pillai	.044	1.086	18.000	864.000	.362	.022
	Lambda de Wilks	.956	1.088 <sup>b</sup>	18.000	862.000	.359	.022
CUIDADORDEP	Traza de Hotelling	.046	1.091	18.000	860.000	.356	.022
	Raíz mayor de Roy	.038	1.807 <sup>c</sup>	9.000	432.000	.065	.036

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dependientes.

Ni el Sexo ni tampoco su interacción con el Cuidado de dependientes resultaron significativos cuando se analizan las variables separadamente. El tamaño del efecto fue mayor para la Satisfacción con la vida presente (4.9%), y algo menor para la Satisfacción con la vida pasada y futura (2.9%). Para el componente Autoaceptación, el tamaño del efecto fue el de menor cuantía de entre todas las variables que resultaron significativas (1.5%). Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 171. En general, las diferencias estadísticamente significativas radican en que las personas que cuidan “A diario” manifiestan tener en mayor medida una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida (Autoaceptación). Además, los cuidadores de dependientes que cuidan con una frecuencia diaria de familiares, sienten mayor satisfacción con la vida, tanto pasada, presente como futura.

Tabla 173. ANOVAs de continuación para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Autonomía Ryff	.004	1	.004	.014	.907	.000
	Environmental Mastery Ryff	1.044	1	1.044	3.509	.062	.008
	Personal Growth Ryff	.576	1	.576	1.711	.192	.004
	Positive relations Ryff	.031	1	.031	.044	.835	.000
	Purpose in life Ryff	.353	1	.353	.867	.352	.002
	Self acceptance Ryff	.556	1	.556	1.295	.256	.003
	Satisfacción Vida Pasada	.072	1	.072	.097	.756	.000
	Satisfacción Vida Presente	2.201	1	2.201	2.990	.084	.007
	Satisfacción Vida Futura	.128	1	.128	.271	.603	.001
CUIDADORDEP	Autonomía Ryff	.051	2	.025	.088	.916	.000
	Environmental Mastery Ryff	.548	2	.274	.922	.399	.004
	Personal Growth Ryff	.150	2	.075	.223	.800	.001
	Positive relations Ryff	1.512	2	.756	1.071	.343	.005
	Purpose in life Ryff	1.880	2	.940	2.312	.100	.010
	Self acceptance Ryff	2.887	2	1.443	3.361	.036	.015
	Satisfacción Vida Pasada	9.519	2	4.760	6.462	.002	.029
	Satisfacción Vida Presente	16.659	2	8.330	11.315	.000	.049
	Satisfacción Vida Futura	6.210	2	3.105	6.583	.002	.029
SEXO * CUIDADORDEP	Autonomía Ryff	.312	2	.156	.540	.583	.002
	Environmental Mastery Ryff	.030	2	.015	.051	.950	.000
	Personal Growth Ryff	.710	2	.355	1.056	.349	.005
	Positive relations Ryff	.842	2	.421	.596	.551	.003
	Purpose in life Ryff	.635	2	.317	.780	.459	.004
	Self acceptance Ryff	.159	2	.080	.186	.831	.001
	Satisfacción Vida Pasada	1.852	2	.926	1.257	.285	.006
	Satisfacción Vida Presente	3.289	2	1.645	2.234	.108	.010
	Satisfacción Vida Futura	1.856	2	.928	1.967	.141	.009

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dep; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

En base a estos resultados, podemos afirmar que no hay evidencias de interacción entre el Sexo de los participantes y la frecuencia de Cuidado a familiares en este grupo de variables dependientes que evalúan el Bienestar psicológico y la Satisfacción vital. Por lo que el hecho de ser hombre o mujer cuando se es cuidador de familiares dependientes no se interrelacionan

y no afectan al conjunto de variables dependientes, ni al bienestar general durante el envejecimiento.

#### **9.4.4.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado**

En esta sección se explican los resultados de los análisis efectuados para averiguar la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes en cuanto a la Salud en base al Sexo y al Cuidado de familiares dependientes, así como investigar los efectos de interacción entre ambas variables independientes (cuando el efecto de un factor sobre la variable dependiente depende de cuál sea el nivel del otro factor). Para ello se estimó un MANOVA 3 (Cuidador dependientes) x 2 (Sexo) con: Salud percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión.

En la siguiente Tabla 174 se presentan las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones obtenidas en las escalas, distribuidas según la frecuencia de Cuidado a dependientes y el Sexo. En cuanto a la Salud percibida, los hombres que “Nunca” cuidan son los que registran los valores más altos en esta variable ( $M = 4.14$ ;  $DT = .72$ ). Las mujeres son las que informan que cuidan “A diario” ( $M = 4.08$ ;  $DT = .62$ ). En el factor Autocuidado físico, tanto hombres ( $M = 4.04$ ;  $DT = .48$ ) como mujeres ( $M = 4.04$ ;  $DT = .63$ ) que cuidan de dependientes “A diario” obtienen las puntuaciones medias más altas. Respecto al Autocuidado social, de nuevo, tanto hombres ( $M = 4.25$ ;  $DT = .45$ ) como mujeres ( $M = 4.25$ ;  $DT = .53$ ) que cuidan de dependientes “A diario” obtienen los valores más altos. Para el componente de Autocuidado interno, las mujeres que cuidan “A diario” puntúan de media más en este factor ( $M = 3.82$ ;  $DT = .80$ ) que el resto de grupos. En los hombres también ( $M=3.34$ ;  $DT = .90$ ). Finalmente, para la variable Depresión, las mujeres que son cuidadoras “A diario” registran mayor sintomatología depresiva que el resto ( $M = 1.90$ ;  $DT = .87$ ). Mientras que en los hombres, los que o bien “Nunca” cuidan de dependientes ( $M = 1.52$ ;  $DT=.58$ ), o bien lo hacen “Ocasionalmente” son los que informan de mayor depresión ( $M=1.52$ ;  $DT = .71$ ).

Tabla 174. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hombre	Nunca	4.1458	.72464	55
		Ocasionalmente-semanal	3.9969	.66281	74
		A diario	4.0998	.47523	22
		Total	4.0661	.66280	151
	Mujer	Nunca	4.0225	.75940	101
		Ocasionalmente-semanal	4.0007	.61440	130
		A diario	4.0889	.62232	53
		Total	4.0249	.66937	284
	Total	Nunca	4.0660	.74732	156
		Ocasionalmente-semanal	3.9993	.63077	204
		A diario	4.0921	.57988	75
		Total	4.0392	.66662	435
Self Care-physical	Hombre	Nunca	3.8455	.76770	55
		Ocasionalmente-semanal	3.8108	.68041	74
		A diario	4.0455	.48573	22
		Total	3.8576	.69052	151
	Mujer	Nunca	4.0380	1.16521	101
		Ocasionalmente-semanal	3.8821	.70511	130
		A diario	4.0472	.63581	53
		Total	3.9683	.88712	284
	Total	Nunca	3.9701	1.04393	156
		Ocasionalmente-semanal	3.8562	.69541	204
		A diario	4.0467	.59247	75
		Total	3.9299	.82507	435
Self Care-social	Hombre	Nunca	3.8000	.63050	55
		Ocasionalmente-semanal	3.9279	.62973	74
		A diario	4.2576	.45926	22
		Total	3.9294	.62255	151
	Mujer	Nunca	3.9290	.63349	101
		Ocasionalmente-semanal	4.0179	.60298	130
		A diario	4.2516	.53472	53
		Total	4.0299	.61071	284
	Total	Nunca	3.8835	.63342	156
		Ocasionalmente-semanal	3.9853	.61281	204
		A diario	4.2533	.51067	75
		Total	3.9950	.61600	435
Self Care-internal	Hombre	Nunca	2.6606	.92628	55
		Ocasionalmente-semanal	2.9820	.97126	74
		A diario	3.3485	.90546	22
		Total	2.9183	.96760	151
	Mujer	Nunca	3.1716	.92209	101
		Ocasionalmente-semanal	3.2692	.92817	130
		A diario	3.8239	.80225	53
		Total	3.3380	.93149	284
	Total	Nunca	2.9915	.95260	156
		Ocasionalmente-semanal	3.1650	.95176	204
		A diario	3.6844	.85581	75
		Total	3.1923	.96405	435

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Tabla 174. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Variables	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Depresión	Hombre	Nunca	1.5229	.58962	55
		Ocasionalmente-semanal	1.5296	.71785	74
		A diario	1.3604	.39462	22
		Total	1.5025	.63342	151
	Mujer	Nunca	1.6853	.71595	101
		Ocasionalmente-semanal	1.8132	.78265	130
		A diario	1.9012	.87587	53
		Total	1.7841	.77958	284
	Total	Nunca	1.6281	.67666	156
		Ocasionalmente-semanal	1.7103	.77022	204
		A diario	1.7425	.80294	75
		Total	1.6864	.74362	435

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Para averiguar si estas diferencias encontradas en los análisis descriptivos son significativas y por tanto no se deben al azar, de nuevo, se realizó un MANOVA 3x2 entre sujetos con las cuatro variables dependientes que miden la Salud: Salud Percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión. Las variables independientes fueron el Cuidado a dependientes recodificada que tiene tres condiciones (“Nunca”, “Ocasionalmente-semanalmente” y “A diario”) y el Sexo de los participantes. Según el criterio de Pillai, tanto el Sexo (Traza de Pillai = .081;  $F(5,425)=7.538$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2=.081$ ), como el Cuidado a dependientes (Traza de Pillai=.088;  $F(10,852) = 3.931$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2=.044$ ), resultaron significativas en el conjunto de variables (ver Tabla 175). El tamaño del efecto es mayor para el Sexo, dado que explica el 8.1% de la varianza explicada global. Mientras que para el Cuidado de dependientes es moderado (4.4%). En cambio, la interacción de ambas variables independientes no afectan significativamente a la combinación de variables dependientes que evalúan la Salud (Traza de Pillai = .017;  $F(10,852) = .735$ ;  $p=.691$ ;  $\eta^2=.009$ ). Siendo el tamaño del efecto muy pequeño (0.9%). Es decir, no se han encontrado diferencias significativas en el conjunto de las variables dependientes analizadas globalmente en la interacción del Sexo y el Cuidado de familiar dependiente.

Los Anovas de seguimiento realizados para investigar los efectos principales en las variables dependientes analizadas individualmente, corroboran lo hallado previamente en el MANOVA anterior, dado que no hay evidencias de interacción entre el Sexo y el Cuidado a dependientes en las variables dependientes analizadas separadamente (ver Tabla 176). Aún así se puede comprobar que el Sexo afecta significativamente en el factor de Autocuidado interno

( $F(1,429) = 16.920$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .038$ ) y también en Depresión ( $F(1,429) = 15.996$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .036$ ). El tamaño del efecto del Sexo en la explicación de la variabilidad en ambas variables es modesto (3.8% y 3.6%, respectivamente). En la Tabla 174 anterior se muestran los análisis descriptivos. Las diferencias significativas radican en que las mujeres realizan más conductas para mantener el Autocuidado interno que los hombres, es decir, realizan más comportamientos con el objetivo de equilibrar la mente y las emociones. Además también las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres.

Tabla 175. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de personas dependientes recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.081	7.538 <sup>b</sup>	5.000	425.000	.000	.081
	Lambda de Wilks	.919	7.538 <sup>b</sup>	5.000	425.000	.000	.081
	Traza de Hotelling	.089	7.538 <sup>b</sup>	5.000	425.000	.000	.081
	Raíz mayor de Roy	.089	7.538 <sup>b</sup>	5.000	425.000	.000	.081
CUIDADORDEP	Traza de Pillai	.088	3.931	10.000	852.000	.000	.044
	Lambda de Wilks	.912	3.985 <sup>b</sup>	10.000	850.000	.000	.045
	Traza de Hotelling	.095	4.038	10.000	848.000	.000	.045
SEXO *	Raíz mayor de Roy	.087	7.421 <sup>c</sup>	5.000	426.000	.000	.080
	Traza de Pillai	.017	.735	10.000	852.000	.691	.009
	Lambda de Wilks	.983	.735 <sup>b</sup>	10.000	850.000	.692	.009
CUIDADORDEP	Traza de Hotelling	.017	.734	10.000	848.000	.693	.009
	Raíz mayor de Roy	.013	1.143 <sup>c</sup>	5.000	426.000	.337	.013

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dependientes.

Por otra parte, también el Cuidado de familiares dependientes afecta significativamente en Autocuidado social ( $F(2,890) = 9.026$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .040$ ) y Autocuidado interno ( $F(2,890)=11.518$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .051$ ). Siendo el tamaño del efecto moderado y mayor en el Autocuidado interno (5.1%). En general, las personas cuidadoras de familiares dependientes “A diario” implementan más conductas para mantener el Autocuidado social (y mejorar así las relaciones interpersonales) y también para mantener el Autocuidado interno (para mantener y mejorar el equilibrio emocional y la salud mental).

En resumen, no hay efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de dependientes en las variables que evalúan la Salud. Es decir, que el hecho de ser hombre o mujer y a su vez ser o no cuidador no influye en este grupo de variables.

Tabla 176. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	.150	1	.150	.335	.563	.001
	Self Care-physical	.620	1	.620	.913	.340	.002
	Self Care-social	.400	1	.400	1.094	.296	.003
	Self Care-internal	14.279	1	14.279	16.920	.000	.038
	Depresión	8.570	1	8.570	15.996	.000	.036
CUIDADORDEP	Perceived Health	.773	2	.386	.865	.422	.004
	Self Care-physical	2.058	2	1.029	1.515	.221	.007
	Self Care-social	6.596	2	3.298	9.026	.000	.040
	Self Care-internal	19.440	2	9.720	11.518	.000	.051
	Depresión	.374	2	.187	.349	.705	.002
SEXO * CUIDADORDEP	Perceived Health	.348	2	.174	.390	.678	.002
	Self Care-physical	.492	2	.246	.362	.696	.002
	Self Care-social	.197	2	.099	.270	.763	.001
	Self Care-internal	1.126	2	.563	.667	.514	.003
	Depresión	1.551	2	.775	1.447	.236	.007

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dep; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

#### 9.4.4.4. Soledad y Aislamiento Social

Seguidamente, con el objetivo de analizar si hay efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de dependientes en el grupo de variables dependientes que evalúan la Soledad y el Aislamiento social, se estimó un MANOVA 3 (Cuidador dependientes) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes de este grupo: los dos factores de la Escala de Soledad de DJGLS (Soledad social y Soledad emocional) y los tres factores de la Escala de Soledad UCLA-3 (Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento).

Los análisis descriptivos se muestran en la Tabla 177, según el Sexo y la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes. En ella, podemos ver como para la Soledad social, los

hombres que “Nunca” cuidan son los que manifiestan mayor soledad ( $M = .64$ ;  $DT = .39$ ). También en el grupo de mujeres que “Nunca” cuidan obtienen puntuaciones medias más altas ( $M = .60$ ;  $DT = .43$ ). Por otra parte, en cuanto a la Soledad emocional (DJGLS), las mujeres que son cuidadoras “A diario” informan de puntuaciones más elevadas que el resto ( $M = .43$ ;  $DT = .44$ ). En cambio, para los hombres son los que cuidan “Ocasionalmente” los que obtienen valores medios más altos ( $M = .39$ ;  $DT = .45$ ).

En cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, en primer lugar, respecto al factor Aislamiento, el grupo que más puntúa en este componente son las mujeres que “Nunca” cuidan ( $M = 1.10$ ;  $DT = .60$ ). Lo mismo ocurre para los hombres ( $M = .94$ ;  $DT = .59$ ). En segundo lugar, en el factor Rasgo Soledad, son los hombres que “Ocasionalmente” cuidan a familiares dependientes los que registran puntuaciones medias más elevadas que el resto ( $M=1.01$ ;  $DT = .54$ ). Para las mujeres, por otra parte, son las que “Nunca” cuidan las que presentan mayor Rasgo de soledad ( $M = .98$ ;  $DT=.47$ ). En último lugar, en el factor Conexión social, tanto hombres ( $M = .67$ ;  $DT=.48$ ) como mujeres ( $M = .65$ ;  $DT = .45$ ) que “Nunca” cuidan de dependientes los que obtienen valores medios más altos.

Tabla 177. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Variables	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Soledad Social- DJGLS	Hombre	Nunca	.6420	.39101	56
		Ocasionalmente-semanal	.6191	.48435	76
		A diario	.4870	.41703	23
		Total	.6077	.44313	155
	Mujer	Nunca	.6089	.43156	105
		Ocasionalmente-semanal	.5031	.42621	133
		A diario	.4773	.42173	55
		Total	.5362	.42941	293
	Total	Nunca	.6204	.41697	161
		Ocasionalmente-semanal	.5453	.45056	209
		A diario	.4801	.41766	78
		Total	.5609	.43505	448

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario.

Tabla 177. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Variables	Sexo	Cuidador de dependiente	Media	Desviación típica	N
Soledad Emocional- DJGLS	Hombre	Nunca	.3292	.39070	56
		Ocasionalmente-semanal	.3961	.45604	76
		A diario	.2899	.35963	23
		Total	.3561	.41951	155
	Mujer	Nunca	.4092	.48401	105
		Ocasionalmente-semanal	.3852	.45084	133
		A diario	.4324	.44238	55
		Total	.4027	.46025	293
	Total	Nunca	.3814	.45410	161
		Ocasionalmente-semanal	.3892	.45167	209
		A diario	.3904	.42247	78
		Total	.3866	.44665	448
Aislamiento-UCLA3	Hombre	Nunca	.9489	.59211	56
		Ocasionalmente-semanal	.9253	.58995	76
		A diario	.8502	.43242	23
		Total	.9227	.56786	155
	Mujer	Nunca	1.1082	.60754	105
		Ocasionalmente-semanal	.9998	.57187	133
		A diario	.9835	.59802	55
		Total	1.0356	.59028	293
	Total	Nunca	1.0528	.60517	161
		Ocasionalmente-semanal	.9727	.57821	209
		A diario	.9442	.55495	78
		Total	.9965	.58446	448
Rasgo Soledad-UCLA3	Hombre	Nunca	.9821	.54950	56
		Ocasionalmente-semanal	1.0143	.54998	76
		A diario	.9457	.40562	23
		Total	.9925	.52844	155
	Mujer	Nunca	.9865	.47326	105
		Ocasionalmente-semanal	.8784	.54544	133
		A diario	.9106	.44700	55
		Total	.9232	.50358	293
	Total	Nunca	.9850	.49938	161
		Ocasionalmente-semanal	.9278	.54969	209
		A diario	.9209	.43289	78
		Total	.9472	.51279	448
Conexión social-UCLA3	Hombre	Nunca	.6795	.48995	56
		Ocasionalmente-semanal	.6324	.46902	76
		A diario	.5455	.34540	23
		Total	.6365	.46024	155
	Mujer	Nunca	.6574	.45035	105
		Ocasionalmente-semanal	.5893	.39321	133
		A diario	.5526	.40480	55
		Total	.6068	.41719	293
	Total	Nunca	.6651	.46310	161
		Ocasionalmente-semanal	.6050	.42175	209
		A diario	.5505	.38602	78
		Total	.6171	.43229	448

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario.

Se estimó un MANOVA 3 (Cuidador dependientes) x 2 (Sexo) con las variables dependientes: Soledad social y Soledad emocional, Aislamiento, Rasgo soledad y Conexión social. Los resultados de este MANOVA (ver Tabla 178) mostraron que las variables dependientes combinadas se ven afectadas de forma significativa únicamente por el Sexo (Traza de Pillai = .034;  $F(5,438) = 3.074$ ;  $p = .210$ ;  $\eta^2 = .034$ ), siendo el tamaño del efecto modesto en la explicación de la variabilidad de las varianza global (3.4%). Ni el Cuidado a dependientes (Traza de Pillai = .020;  $F(10,878) = .903$ ;  $p = .529$ ;  $\eta^2 = .010$ ) ni tampoco la interacción de ambas variables independientes (Traza de Pillai = .010;  $F(10,878) = .431$ ;  $p = .932$ ;  $\eta^2 = .005$ ) resultaron significativas. En todos los casos el tamaño del efecto fue muy pequeño, especialmente en la interacción del Sexo y el Cuidado a familiares dependientes (0.5%).

Tabla 178. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de personas dependientes recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.034	3.074 <sup>b</sup>	5.000	438.000	.010	.034
	Lambda de Wilks	.966	3.074 <sup>b</sup>	5.000	438.000	.010	.034
	Traza de Hotelling	.035	3.074 <sup>b</sup>	5.000	438.000	.010	.034
	Raíz mayor de Roy	.035	3.074 <sup>b</sup>	5.000	438.000	.010	.034
CUIDADORDEP	Traza de Pillai	.020	.903	10.000	878.000	.529	.010
	Lambda de Wilks	.980	.905 <sup>b</sup>	10.000	876.000	.528	.010
	Traza de Hotelling	.021	.906	10.000	874.000	.527	.010
	Raíz mayor de Roy	.019	1.703 <sup>c</sup>	5.000	439.000	.133	.019
SEXO *	Traza de Pillai	.010	.431	10.000	878.000	.932	.005
	Lambda de Wilks	.990	.431 <sup>b</sup>	10.000	876.000	.932	.005
CUIDADORDEP	Traza de Hotelling	.010	.430	10.000	874.000	.932	.005
	Raíz mayor de Roy	.008	.732 <sup>c</sup>	5.000	439.000	.600	.008

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado dep.

Se realizaron análisis adicionales para comprobar los efectos principales en cada una de las variables dependientes analizadas individualmente (ANOVAs de continuación). Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 179. Tal y como se puede comprobar, los hallazgos corroboran los resultados obtenidos previamente con el MANOVA anterior, evidenciando la no existencia de diferencias significativas en las variables dependientes que evalúan Soledad y Aislamiento en función de la interacción de las dos variables

independientes. Tampoco se encontraron efectos principales del Cuidado a dependientes en ninguna de las variables. Tan sólo se encontró una significación marginal para el Sexo en el factor Aislamiento de la UCLA-3 ( $F(1,442)=3.610$ ;  $p = .058$ ;  $\eta^2 = .008$ ). Aunque el tamaño del efecto es muy bajo (0.8%). En general, en la tabla de descriptivos (ver Tabla 177), se desprende que las mujeres perciben mayor soledad subjetiva producida por la percepción del aislamiento social.

Tabla 179. ANOVAs de continuación) para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de personas dependientes recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social DJGLS	.230	1	.230	1.226	.269	.003
	Soledad Emocional DJGLS	.409	1	.409	2.039	.154	.005
	Aislamiento UCLA3	1.228	1	1.228	3.610	.058	.008
	Rasgo Soledad UCLA3	.253	1	.253	.960	.328	.002
	Conexión social UCLA3	.031	1	.031	.165	.685	.000
CUIDADORDEP	Soledad Social DJGLS	.964	2	.482	2.574	.077	.012
	Soledad Emocional DJGLS	.061	2	.030	.151	.860	.001
	Aislamiento UCLA3	.661	2	.331	.972	.379	.004
	Rasgo Soledad UCLA3	.185	2	.093	.352	.704	.002
	Conexión social UCLA3	.684	2	.342	1.829	.162	.008
SEXO * CUIDADORDEP	Soledad Social DJGLS	.211	2	.105	.563	.570	.003
	Soledad Emocional- DJGLS	.350	2	.175	.872	.419	.004
	Aislamiento UCLA3	.156	2	.078	.230	.795	.001
	Rasgo Soledad UCLA3	.431	2	.216	.820	.441	.004
	Conexión social UCLA3	.032	2	.016	.086	.918	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; Cuidado dep= Variable Cuidador de familiares dependientes recodificada: nunca, ocasionalmente-semanalmente y a diario; Sexo\*Cuidado dep = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidado de dependientes

#### 9.4.4.5. Resumen de los Resultados obtenidos en los análisis diferenciales en función de la Interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes

En la siguiente Tabla 180, se resumen y sintetizan todos los resultados que se han obtenido tras realizar los análisis multivariados y univariados con el fin de investigar los efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes en los cuatro grupos de variables dependientes seleccionadas en esta investigación en particular como indicadoras de un envejecimiento exitoso.

Tabla 180. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\* Cuidado a familiares dependientes recodificada.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*Cuidado Dep.
<b>Interacción Sexo*Cuidado Dependiente (Nunca, Ocasionalmente y A diario)</b>	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .027; $F_{3, 439} = 3.991; p = .008; \eta^2 = .027$	<b>Red Social</b> $(F_{1, 441} = 5.581; p = .004; \eta^2 = .025)$		Las mujeres > Red social <b>No hay efectos de interacción</b> multivariada ni univariada
		<b>Cuidado a dependientes</b> Traza de Pillai = .027; $F_{6, 880} = 2.042; p = .058; \eta^2 = .014$	No		
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .019; $F_{6, 880} = 1.393; p = .214; \eta^2 = .009$	No		
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .026; $F_{9, 431} = 1.256; p = .259; \eta^2 = .026$	No		EL cuidado de dependiente "A diario" > Autoaceptación El cuidado "A diario" de dependientes > Satisfacción con la vida pasada, presente y futura. <b>No hay efectos de interacción</b> multivariada ni univariada entre el Sexo y el Cuidado a dependientes en Bienestar y Satisfacción
		<b>Cuidado a dependientes</b> Traza de Pillai = .102; $F_{18, 864} = 2.591; p < .001; \eta^2 = .051$	<b>Autoaceptación</b> $(F_{2, 880} = 3.361; p = .036; \eta^2 = .015)$		
			<b>Satisfacción con la vida pasada</b> $(F_{2, 880} = 6.462; p = .002; \eta^2 = .029)$		
			<b>Satisfacción con la vida presente</b> $(F_{2, 880} = 11.315; p < .001; \eta^2 = .049)$		
		<b>Satisfacción con la vida futura</b> $(F_{2, 880} = 6.583; p = .002; \eta^2 = .029)$			
<b>Interacción</b> (Traza de Pillai = .044; $F_{18, 864} = 1.086; p = .362; \eta^2 = .022)$	No				

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencias.

Tabla 180. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\* Cuidado a familiares dependientes recodificada.

Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del cuidado y diferencias por sexo/género

Tesis Doctoral Manuela Torregrosa Ruiz

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*Cuidado Dep.
<b>Interacción Sexo*Cuidado Dependiente (Nunca, Ocasionalmente y A diario)</b>	<b>Salud</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .081; $F_{5, 425} = 7.538; p < .001; \eta^2 = .081$	<b>Autocuidado interno</b> ( $F_{1, 429} = 16.920; p < .001; \eta^2 = .038$ )		Las mujeres > Autocuidado interno Las mujeres > Depresión
			<b>Depresión</b> ( $F_{1, 429} = 15.996; p < .001; \eta^2 = .036$ )		
		<b>Cuidado a dependientes</b> Traza de Pillai = .088; $F_{10, 852} = 3.931; p < .001; \eta^2 = .044$	<b>Autocuidado social</b> ( $F_{2, 890} = 9.026; p < .001; \eta^2 = .040$ )		Los cuidadores “A diario” de dependientes > Autocuidado social e interno
		<b>Autocuidado interno</b> ( $F_{2, 890} = 11.518; p < .001; \eta^2 = .051$ )			
	<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .017; $F_{10, 852} = .735; p = .691; \eta^2 = .009$	No		<b>No hay efectos de interacción</b> entre el Sexo y el Cuidado a Dependientes en Salud	
	<b>Soledad y Aislamiento</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .034; $F_{5, 438} = 3.074; p = .210; \eta^2 = .034$	<b>Aislamiento de la UCLA-3</b> ( $F_{1, 442} = 3.610; p = .058; \eta^2 = .008$ )		Hay una significación marginal para el Sexo en el factor Aislamiento: las mujeres > Soledad por Aislamiento
<b>Cuidado a dependientes</b> Traza de Pillai = .020; $F_{10, 878} = .903; p = .529; \eta^2 = .010$		No		<b>No interacción</b> entre el Sexo y el Cuidado a Dependientes en Soledad y Aislamiento social	
<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .010; $F_{10, 878} = .431; p = .932; \eta^2 = .005$		No			

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencias.

#### 9.4.5. Análisis de las variables Sexo\*Cuidado de nietos recodificada

Los abuelos se están convirtiendo en una fuente cada vez más importante de apoyo en el cuidado de los nietos. Sin embargo, cuidar a los nietos puede tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar, particularmente para aquellos abuelos con responsabilidades y compromisos intensivos en la crianza de los nietos. Como ya se ha explicado en capítulos previos, a pesar de que en diversos estudios generalmente se respalda la idea de que los abuelos brindan un apoyo vital a las familias cuidando a sus nietos, el impacto en la salud y el bienestar de las personas mayores al asumir estos roles de cuidado de los nietos sigue siendo incierto. La evidencia sobre este tema es mixta, dependiendo de la intensidad de la atención de nietos proporcionada y también del contexto cultural.

Teniendo en cuenta esto, es por ello que uno de los objetivos propuestos en esta tesis es averiguar si la frecuencia de Cuidado de nietos, produce efectos principales en las variables seleccionadas en este estudio como indicadores/componentes del envejecimiento activo, exitoso y saludable. Es decir, si el Cuidado de nietos afecta significativamente al envejecimiento positivo, y a la vez, examinar si estas posibles diferencias significativas en el caso de haberlas, se ven influenciadas por el Sexo. Es decir, averiguar si hay un efecto de interacción entre el Sexo de los participantes y el Cuidado de nietos en el conjunto de variables dependientes que se analizan en esta investigación.

Para empezar y en primer lugar, se presentan en la Tabla 181 los valores de *N* y los valores perdidos para la interacción de las variables independientes Sexo y Cuidado de nietos. Esta variable sociodemográfica como una forma de participación social, ha sido recategorizada tal y como ya se ha comentado, y la frecuencia de cuidado ha sido agrupada en las siguientes condiciones o categorías de respuestas: “Nunca u Ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”. Finalmente, de los 652 cuestionarios recogidos, se contó con una muestra de 485 personas mayores que han contestado a esta variable que nos informa del cuidado específico a los nietos.

Tabla 181. *Valores de N para las variables Sexo \* Cuidado de nietos.*

	Válidos		Perdidos		Total	
	<i>N</i>	Porcentaje	<i>N</i>	Porcentaje	<i>N</i>	Porcentaje
Sexo * Cuidado nietos	485	74.4%	167	25.6%	652	100%

Nota: N= Tamaño muestral.

Posteriormente, se presentan los valores de *N* distribuidos según el Sexo de los participantes y la frecuencia de Cuidado de Nietos (ver Tabla 182). Podemos observar que el tamaño de la muestra se compone finalmente de 485 casos en total, de los cuales las mujeres son mayoritarias en todos los grupos, siendo casi el doble las mujeres que informan que cuidan de los nietos (*N*=319) que de hombres (*N*= 166).

Tabla 182.. *Tabla de contingencia Sexo \* Cuidado de nietos recodificada.*

		Cuidado Nietos				Total
		Nunca u ocasionalmente	Varias veces al mes	Varias veces a la semana	A diario	
Sexo	Hombre	117	21	16	12	166
	Mujer	183	26	44	66	319
Total		300	47	60	78	485

*Nota:* N= Tamaño muestra; Cuidado de Nietos = “Nunca u Ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”.

#### **9.4.5.1. Recursos Sociales: Red Social y Apoyo Social**

En este punto del apartado de Resultados se explicarán los resultados obtenidos en el grupo de variables dependientes que evalúan los Recursos Sociales. Básicamente, la finalidad de los análisis es explorar si existen diferencias estadísticamente significativas en estas variables dependientes: la Red social y el Apoyo social, en función del Sexo y el Cuidado de nietos, así como explorar si hay efectos de interacción entre ambas variables independientes. Es decir, fundamentalmente se pretende entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas, en el caso de que las hubiera, de las dos variables independientes sobre las variables dependientes. Para ello, se estimó un MANOVA 4 (Cuidado de nietos) x 2 (Sexo) con las variables dependientes Red social y los dos factores de Apoyo social funcional: Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo.

Para ello, antes de la descripción de los análisis efectuados, se muestran los análisis descriptivos de las escalas. La siguiente Tabla 183 recopila las medias y desviaciones típicas, tanto para hombres como para las mujeres, en base a la frecuencia en la que cuidan de sus nietos. Así, si nos atenemos a la tabla, podemos comprobar que para la Red social y estructural de Lubben, los valores más altos los obtienen las mujeres que cuidan de sus nietos “Varias veces a la semana” ( $M = 3.77$ ;  $DT = .71$ ).

En los hombres, las puntuaciones medias más altas las obtienen los que cuidan “Varias veces al mes” ( $M=3.78$ ;  $DT = .50$ ). En cuanto al Apoyo social confidencial, para los hombres los valores más elevados son para los que señalan que cuidan “Varias veces al mes” de sus nietos ( $M = 4.14$ ;  $DT = .54$ ), mientras que para las mujeres son para las que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 4.13$ ;  $DT = .81$ ). Por último, en cuanto el Apoyo social afectivo, ocurre lo mismo: los hombres que cuidan “Varias veces al mes” informan de mayor percepción de apoyo social, y las mujeres de nuevo ( $M = 4.50$ ;  $DT = .39$ ), las que señalan que cuidan de nietos “Varias veces a la semana” obtienen las puntuaciones mayores ( $M = 4.07$ ;  $DT = .87$ ) al igual también de las que indican que “Nunca” cuidan ( $M = 4.07$ ;  $DT = .90$ ).

Tabla 183. *Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.*

Variables	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Red social y estructural-Lubben	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.4188	.79347	116
		Varias veces al mes	3.7897	.50869	21
		Varias veces a la semana	3.6615	.85009	16
		A diario	3.4444	.85305	12
		Total	3.4914	.77849	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.5290	.76442	181
		Varias veces al mes	3.6167	.72089	25
		Varias veces a la semana	3.7775	.71360	44
		A diario	3.7645	1.02656	65
		Total	3.6193	.81963	315
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.4860	.77643	297
		Varias veces al mes	3.6957	.63226	46
		Varias veces a la semana	3.7466	.74668	60
		A diario	3.7146	1.00320	77
Total			3.5753	.80720	480
Apoyo social confidencial-Duke	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.9247	.93441	116
		Varias veces al mes	4.1497	.54861	21
		Varias veces a la semana	3.7277	1.05179	16
		A diario	3.6905	1.08768	12
		Total	3.9172	.91854	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.9830	.84255	181
		Varias veces al mes	4.0469	1.00256	25
		Varias veces a la semana	4.1326	.81070	44
		A diario	3.8541	.93188	65
		Total	3.9824	.87044	315
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.9602	.87848	297
		Varias veces al mes	4.0938	.82007	46
		Varias veces a la semana	4.0246	.89043	60
		A diario	3.8286	.95188	77
Total			3.9600	.88685	480

Nota: N=Tamaño muestral; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadonietos.

Tabla 183. Estadísticos descriptivos de las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

Variables	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Apoyo social afectivo-Duke	Hombre	Nunca u ocasionalmente	4.1121	.93445	116
		Varias veces al mes	4.5000	.39528	21
		Varias veces a la semana	3.9792	.96825	16
		A diario	3.5556	.99197	12
		Total	4.1081	.90926	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	4.0764	.90484	181
		Varias veces al mes	4.0367	.94865	25
		Varias veces a la semana	4.0777	.87814	44
		A diario	3.9000	1.06700	65
		Total	4.0370	.93850	315
		Nunca u ocasionalmente	4.0903	.91512	297
		Varias veces al mes	4.2482	.77708	46
		Varias veces a la semana	4.0514	.89570	60
		A diario	3.8463	1.05687	77
Total	4.0615	.92822	480		

Nota: N=Tamaño muestral; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadonietos.

Se realizó un primer MANOVA 4x2 entre sujetos con las tres variables dependientes: Red social, Apoyo social confidencial y Apoyo social afectivo. Las variables independientes fueron el Cuidado de nietos que tiene cuatro condiciones: “Nunca u ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario” y el Sexo de los participantes. En la Tabla 184, se muestran los resultados de este MANOVA, en el cual podemos observar que en base al criterio de Pillai, el Sexo no afecta significativamente a la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai=.010;  $F(3,470) = 1.638$ ;  $p = .180$ ;  $\eta^2 = .010$ ) y que el tamaño del efecto obtenido es pequeño, dado que sólo explica el 1% de la varianza explicada. En cambio, la frecuencia del Cuidado de nietos sí que produce diferencias significativas en la combinación de variables dependientes (Traza de Pillai = .040;  $F(9,1416) = 2.105$ ;  $p = .026$ ;  $\eta^2 = .013$ ). Aunque los resultados reflejan una muy baja asociación entre el Cuidado de nietos y la combinación de variables, pues el tamaño del efecto es de 1.3% en la varianza explicada. Por otra parte, en cuanto a la interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos, ésta no tiene efectos principales en las variables dependientes analizadas globalmente, por lo tanto, no hay evidencias de efectos de interacción entre ambas (Traza de Pillai = .024;  $F(9,1416) = 1.256$ ;  $p = .256$ ;  $\eta^2 = .008$ ). Además, la interacción también explicó una muy baja parte de la variabilidad, tal y como se refleja en la  $\eta^2$  parcial, pues el tamaño del efecto es del 0.8%.

Tabla 184. *Contrastes Multivariados para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.010	1.638 <sup>b</sup>	3.000	470.000	.180	.010
	Lambda de Wilks	.990	1.638 <sup>b</sup>	3.000	470.000	.180	.010
	Traza de Hotelling	.010	1.638 <sup>b</sup>	3.000	470.000	.180	.010
	Raíz mayor de Roy	.010	1.638 <sup>b</sup>	3.000	470.000	.180	.010
CUIDADONIET	Traza de Pillai	.040	2.105	9.000	1416.000	.026	.013
	Lambda de Wilks	.961	2.111	9.000	1144.007	.026	.013
	Traza de Hotelling	.041	2.113	9.000	1406.000	.026	.013
	Raíz mayor de Roy	.030	4.645 <sup>c</sup>	3.000	472.000	.003	.029
SEXO *	Traza de Pillai	.024	1.256	9.000	1416.000	.256	.008
	Lambda de Wilks	.976	1.258	9.000	1144.007	.256	.008
CUIDADONIET	Traza de Hotelling	.024	1.258	9.000	1406.000	.255	.008
	Raíz mayor de Roy	.020	3.076 <sup>c</sup>	3.000	472.000	.027	.019

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

Para entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas sobre las variables dependientes individuales, se realizaron ANOVAs de continuación como se ha venido realizando en todos los análisis previos con otros factores. Los resultados de estos ANOVAs se presentan en la Tabla 185. Como se puede observar, no se hallaron efectos principales del Sexo en ninguna de las variables dependientes, aunque el Cuidado de nietos, si que detectó diferencias significativas en la variable Apoyo social afectivo ( $F(3,1422)=2.648$ ;  $p=.048$ ;  $\eta^2=.017$ ), siendo, a pesar de ello, el tamaño del efecto del Cuidado de nietos en esta variable bajo, pues explica el 1.7% de la varianza total. Como se puede comprobar en la tabla de descriptivos (ver Tabla 183), las personas que cuidan de sus nietos “Varias veces al mes” perciben un mayor apoyo social afectivo que las que lo hacen por ejemplo lo hacen “A diario”. Lo que sugiere que el cuidar de los nietos de forma intensiva puede ser exigente, tanto física como emocionalmente para este grupo de personas mayores que componen nuestra muestra, incluso parece ser que influye en una percepción de un menor apoyo social afectivo, entendido éste como demostraciones de amor, cariño y empatía. Por otra parte, tampoco se han encontrado efectos de interacción entre ambas variables independientes sobre las dependientes, lo cual confirma el resultado previo obtenido con el MANOVA.

Tabla 185. ANOVAs de continuación) para las variables Red social y Apoyo social funcional en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Red social y estructural-Lubben	.488	1	.488	.759	.384	.002
	Apoyo social confidencial-Duke	.961	1	.961	1.220	.270	.003
	Apoyo social afectivo-Duke	.011	1	.011	.013	.910	.000
CUIDADONIET	Red social y estructural-Lubben	4.131	3	1.377	2.142	.094	.013
	Apoyo social confidencial-Duke	2.306	3	.769	.976	.404	.006
	Apoyo social afectivo-Duke	6.789	3	2.263	2.648	.048	.017
SEXO * CUIDADONIET	Red social y estructural-Lubben	1.352	3	.451	.701	.552	.004
	Apoyo social confidencial-Duke	1.714	3	.571	.725	.537	.005
	Apoyo social afectivo-Duke	3.759	3	1.253	1.466	.223	.009

.Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

Como conclusión de este apartado, señalar que no hay efectos de interacción ni multivariante ni univariante entre el Sexo de los participantes y la frecuencia de Cuidado de Nietos, es decir, que el Sexo no interactúa con el Cuidado, de forma que el hecho de ser hombre o mujer no afecta en los resultados de los análisis multivariantes realizados en las variables dependientes, es este caso en los Recursos sociales, para averiguar si el Cuidado de Nietos produce efectos significativos en el envejecimiento activo, saludable y exitoso.

#### 9.4.5.2. Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital: Bienestar Psicológico y Satisfacción Temporal con la vida

A continuación, pasaremos a explicar los resultados del análisis multivariado que se ha realizado para averiguar si existían efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en las variables dependientes que evalúan la Satisfacción Vital y el Bienestar Psicológico. Se pretende entender mejor el impacto de los efectos principales e interacciones significativas en el caso de haberlas, de las dos variables independientes sobre el conjunto de variables dependientes. Para ello, se estimó un MANOVA 4 (Cuidado de nietos) x 2 (Sexo) con los seis factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y las tres dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación y Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura.

Los análisis descriptivos sobre las puntuaciones en las Escalas se muestran en la siguiente Tabla 186. Se presentan las medias y desviaciones típicas distribuidas en función del Sexo y la frecuencia de Cuidado de nietos. Así, en primer lugar, respecto al factor Autonomía del Bienestar Psicológico de Ryff, las puntuaciones más altas de todos los grupos son para los hombres que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 3.64$ ;  $DT = .44$ ). En cambio, para las mujeres una mayor percepción de Autonomía se da para las que son cuidadoras “A diario” de sus nietos ( $M = 3.63$ ;  $DT = .52$ ). En cuanto al Dominio del Entorno los hombres que “Nunca” cuidan tienen puntuaciones medias más altas ( $M = 3.67$ ;  $DT = .58$ ). Mientras que para las mujeres las puntuaciones medias más altas lo son para las que cuidan “Varias veces al mes” ( $M = 3.62$ ;  $DT = .47$ ).

En tercer lugar, para la dimensión Crecimiento Personal, los valores medios más altos los registran los hombres que informan que cuidan de nietos “A diario” ( $M = 4.13$ ;  $DT=.36$ ), seguido por las mujeres que también cuidan “A diario” ( $M = 3.96$ ;  $DT = .55$ ). Respecto al factor Relaciones positivas con los demás, el grupo que obtiene las puntuaciones medias más altas son para las mujeres que cuidan de nietos “Varias veces a la semana” ( $M = 3.77$ ;  $DT=.51$ ). En cambio, para los hombres las mayores relaciones positivas con los demás se dan para los que cuidan “A diario” ( $M = 3.75$ ;  $DT = .71$ ). En el componente Propósito de vida, en cambio, las mujeres que cuidan “A diario” ( $M=3.51$ ;  $DT = .66$ ) son las que puntúan más alto en este factor. Frente a los hombres que cuidan de nietos “Varias veces al mes” ( $M = 3.46$ ;  $DT=.72$ ).

Por último, en el factor Autoaceptación, encontramos que los hombres que cuidan “Varias veces al mes” son los que informan de mayor Autoaceptación de sí mismos ( $M=3.71$ ;  $DT = .42$ ). Las mujeres en cambio la mayor puntuación es para las que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 3.51$ ;  $DT = .68$ ). Finalmente, para las dimensiones temporales de Satisfacción con la vida, y empezando por la Satisfacción con la vida pasada, son los hombres que cuidan de nietos “Varias veces a la semana” los que perciben una mayor satisfacción con las experiencias vividas en el pasado ( $M = 3.73$ ;  $DT = .76$ ). En cambio, para las mujeres las puntuaciones más altas son para las que informan de cuidar “A diario” ( $M = 3.41$ ;  $DT = .94$ ) y también para las que señalan que lo hacen “Varias veces al mes” ( $M = 3.41$ ;  $DT = .86$ ). En lo referente con la Satisfacción con la vida presente, encontramos los valores más elevados para los hombres cuidadores “Varias veces al mes” ( $M = 3.98$ ;  $DT = .73$ ). Y lo mismo ocurre con las mujeres, que son las que cuidan de sus nietos “Varias veces al mes” las que informan de

una mayor satisfacción en la actualidad ( $M = 3.80$ ;  $DT = .86$ ). Finalmente, para la Satisfacción con la vida futura, las puntuaciones medias más altas las registran las mujeres que cuidan de nietos “Varias veces al mes” ( $M = 3.73$ ;  $DT = .66$ ). Para los hombres, en cambio, las registran los que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 3.72$ ;  $DT = .64$ ).

Tabla 186. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Autonomía Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.5199	.56780	117
		Varias veces al mes	3.4127	.36370	21
		Varias veces a la semana	3.6458	.44670	16
		A diario	3.4167	.47408	12
		Total	3.5110	.52868	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.4981	.52556	179
		Varias veces al mes	3.5128	.60539	26
		Varias veces a la semana	3.4574	.45439	43
		A diario	3.6308	.52745	65
		Total	3.5213	.52458	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.5068	.54180	296
		Varias veces al mes	3.4681	.50914	47
		Varias veces a la semana	3.5085	.45636	59
		A diario	3.5974	.52241	77
	Total	3.5177	.52548	479	
Environmental Mastery Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.6781	.58055	117
		Varias veces al mes	3.6032	.34350	21
		Varias veces a la semana	3.6042	.51953	16
		A diario	3.5833	.55277	12
		Total	3.6546	.54543	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.5289	.52936	179
		Varias veces al mes	3.6218	.47972	26
		Varias veces a la semana	3.3411	.60962	43
		A diario	3.5897	.74248	65
		Total	3.5234	.58969	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.5878	.55403	296
		Varias veces al mes	3.6135	.42007	47
		Varias veces a la semana	3.4124	.59400	59
		A diario	3.5887	.71307	77
	Total	3.5689	.57756	479	

Nota: N=Tamaño muestral; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self accept Ryff = autoaceptación.

Tabla 186. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada.

Variables	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Personal Growth Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.7991	.59029	117
		Varias veces al mes	3.5873	.39306	21
		Varias veces a la semana	3.9167	.53748	16
		A diario	4.1389	.36121	12
		Total	3.8082	.56037	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.8557	.57773	179
		Varias veces al mes	3.8013	.58503	26
		Varias veces a la semana	3.8760	.45439	43
		A diario	3.9641	.55001	65
		Total	3.8765	.55679	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.8333	.58238	296
		Varias veces al mes	3.7057	.51454	47
		Varias veces a la semana	3.8870	.47388	59
		A diario	3.9913	.52697	77
	Total	3.8528	.55839	479	
Positive relations Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.6140	1.12330	117
		Varias veces al mes	3.5079	.56391	21
		Varias veces a la semana	3.6042	.54730	16
		A diario	3.7500	.71244	12
		Total	3.6094	.99472	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.5363	.76890	179
		Varias veces al mes	3.7372	.86689	26
		Varias veces a la semana	3.7791	.51527	43
		A diario	3.6538	.71705	65
		Total	3.6108	.73995	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.5670	.92431	296
		Varias veces al mes	3.6348	.74830	47
		Varias veces a la semana	3.7316	.52524	59
		A diario	3.6688	.71251	77
	Total	3.6103	.83602	479	
Purpose in life Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.3875	.62046	117
		Varias veces al mes	3.4603	.72630	21
		Varias veces a la semana	3.0625	.49018	16
		A diario	3.1389	.45965	12
		Total	3.3474	.61993	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.3017	.62205	179
		Varias veces al mes	3.2051	.59686	26
		Varias veces a la semana	3.4419	.62030	43
		A diario	3.5179	.66152	65
		Total	3.3578	.63319	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.3356	.62179	296
		Varias veces al mes	3.3191	.66288	47
		Varias veces a la semana	3.3390	.60803	59
		A diario	3.4589	.64672	77
	Total	3.3542	.62800	479	
Self acceptance Ryff	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.6154	.63971	117
		Varias veces al mes	3.7143	.42538	21
		Varias veces a la semana	3.6250	.56928	16
		A diario	3.4722	.59388	12
		Total	3.6185	.60443	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.4851	.64484	179
		Varias veces al mes	3.4615	.63998	26
		Varias veces a la semana	3.5194	.68739	43
		A diario	3.4308	.75167	65
		Total	3.4766	.67105	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.5366	.64489	296
		Varias veces al mes	3.5745	.56338	47
		Varias veces a la semana	3.5480	.65438	59
		A diario	3.4372	.72600	77
	Total	3.5257	.65162	479	

Tabla 186. Estadísticos descriptivos de las variables Bienestar psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada.

VARIABLES	SEXO	CUIDADO NIETOS	Media	Desviación típica	N
Satisfacción Vida Pasada	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.3808	.88009	117
		Varias veces al mes	3.6190	.76133	21
		Varias veces a la semana	3.7375	.76147	16
		A diario	3.4958	.65173	12
		Total	3.4536	.84322	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.3189	.83474	179
		Varias veces al mes	3.4135	.86574	26
		Varias veces a la semana	3.2070	.77164	43
		A diario	3.4138	.94106	65
		Total	3.3311	.85065	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.3434	.85202	296
		Varias veces al mes	3.5053	.81855	47
		Varias veces a la semana	3.3508	.79857	59
		A diario	3.4266	.89896	77
	Total	3.3736	.84921	479	
Satisfacción Vida Presente	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.7825	.86924	117
		Varias veces al mes	3.9810	.73731	21
		Varias veces a la semana	3.8500	.88994	16
		A diario	3.8333	.81724	12
		Total	3.8178	.84735	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.6386	.87891	179
		Varias veces al mes	3.8077	.86795	26
		Varias veces a la semana	3.6616	.88047	43
		A diario	3.5523	.89252	65
		Total	3.6379	.87911	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.6955	.87646	296
		Varias veces al mes	3.8851	.80831	47
		Varias veces a la semana	3.7127	.87939	59
		A diario	3.5961	.88205	77
	Total	3.7002	.87157	479	
Satisfacción Vida Futura	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.5325	.72491	117
		Varias veces al mes	3.3714	.63651	21
		Varias veces a la semana	3.6250	.74072	16
		A diario	3.4625	.87675	12
		Total	3.5160	.72380	166
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.4863	.64612	179
		Varias veces al mes	3.7301	.76149	26
		Varias veces a la semana	3.4791	.71408	43
		A diario	3.4215	.58942	65
		Total	3.4921	.65600	313
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.5046	.67752	296
		Varias veces al mes	3.5699	.72373	47
		Varias veces a la semana	3.5186	.71793	59
		A diario	3.4279	.63565	77
	Total	3.5004	.67960	479	

Nota: N=Tamaño muestral; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

Seguidamente, para poner a prueba si estas diferencias detectadas en los análisis descriptivos de las variables dependientes se debían al azar o más bien se debían realmente a la existencia de diferencias significativas entre los grupos, se realizó un MANOVA 4x2 entre sujetos con nueve variables dependientes, los seis factores del Bienestar Psicológico y las tres

dimensiones temporales de Satisfacción con la vida: Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás, Propósito de vida, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada, Satisfacción con la vida presente y Satisfacción con la vida futura. Las variables independientes fueron el Cuidado de Nietos recodificada con cuatro categorías (“Nunca u ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”) y el Sexo de los participantes. Estos resultados se presentan en la Tabla 187, en la cual se puede comprobar que en base al criterio de Pillai, que ni el Sexo (Traza de Pillai=.028;  $F(9,463) = 1.479$ ;  $p = .153$ ;  $\eta^2 = .028$ ), ni el Cuidado de Nietos (Traza de Pillai = .060;  $F(27,1395)=1.058$ ;  $p = .383$ ;  $\eta^2 = .020$ ), ni la interacción de ambos (Traza de Pillai = .080;  $F(27,1395)=1.424$ ;  $p = .074$ ;  $\eta^2 = .027$ ) afecta significativamente a la combinación de variables dependientes que evalúan el Bienestar y la Satisfacción vital. En todos los casos el tamaño del efecto es pequeño, aunque es ligeramente superior para el Sexo (2.8%), seguido de la Interacción (2.7%) y por último del Cuidado de Nietos (2%). Por lo tanto no hay efectos principales de las variables independientes ni de la interacción entre ellas en el conjunto de variables dependientes.

Tabla 187. *Contrastes Multivariados para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de Nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.028	1.479 <sup>b</sup>	9.000	463.000	.153	.028
	Lambda de Wilks	.972	1.479 <sup>b</sup>	9.000	463.000	.153	.028
	Traza de Hotelling	.029	1.479 <sup>b</sup>	9.000	463.000	.153	.028
	Raíz mayor de Roy	.029	1.479 <sup>b</sup>	9.000	463.000	.153	.028
CUIDADONIET	Traza de Pillai	.060	1.058	27.000	1395.000	.383	.020
	Lambda de Wilks	.941	1.059	27.000	1352.841	.383	.020
	Traza de Hotelling	.062	1.059	27.000	1385.000	.383	.020
	Raíz mayor de Roy	.039	1.997 <sup>c</sup>	9.000	465.000	.038	.037
SEXO *	Traza de Pillai	.080	1.424	27.000	1395.000	.074	.027
	Lambda de Wilks	.921	1.424	27.000	1352.841	.074	.027
CUIDADONIET	Traza de Hotelling	.083	1.423	27.000	1385.000	.074	.027
	Raíz mayor de Roy	.046	2.391 <sup>c</sup>	9.000	465.000	.012	.044

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

A pesar de que el MANOVA no ha resultado significativo, a continuación se realizaron análisis univariados adicionales (ANOVAs de continuación), para investigar el impacto principal y el efecto de interacción en cada variable dependiente por separado. Los resultados

de estos análisis adicionales aparecen en la Tabla 188. Las medias y desviaciones típicas de los efectos principales se presentan en la Tabla 186. Tal y como se puede comprobar en dicha tabla, los análisis univariados de continuación señalan que respecto al Sexo, tan solo se encontraron diferencias significativas en la Satisfacción con la vida pasada ( $F(1,471) = 3.776$ ;  $p = .053$ ;  $\eta^2 = .008$ ), aunque hay que matizar que esta significación encontrada es una significación marginal, pues se aproxima al nivel crítico establecido ( $p < .05$ ). Y también el tamaño del efecto en la explicación de la varianza en este factor del bienestar es muy pequeño (0.8%). Este resultado sugiere al comprobar en la tabla de descriptivos, que los hombres perciben una mayor satisfacción con la vida pasada. Además, como se puede observar, se encontraron efectos principales del Cuidado de Nietos tan sólo en la variable Crecimiento Personal ( $F(3,1419) = 3.231$ ;  $p = .022$ ;  $\eta^2 = .020$ ). El tamaño del efecto de esta variable independiente sobre la explicación de la varianza en la dependiente es también pequeño (2%). Parece ser que las personas que cuidan “A diario” de sus nietos perciben mayor Crecimiento Personal que el resto, especialmente frente a los que cuidan “Varias veces al mes”. Una alta puntuación en esta dimensión refleja un fuerte empeño por desarrollar las potencialidades de uno mismo, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo las capacidades personales. Por último, se encontró un efecto de interacción univariada entre el Sexo y el Cuidado de Nietos en el componente Propósito de vida de la Escala de Bienestar de Ryff ( $F(3,1419) = 3.778$ ;  $p = .011$ ;  $\eta^2 = .023$ ), aunque en este caso, el tamaño del efecto también es bajo (2.3%). En la siguiente Figura 48, se puede apreciar gráficamente este efecto de interacción. En dicha figura se observa que para los hombres que “Nunca” cuidan de sus nietos, o bien si lo hacen es espaciado en el tiempo (“Varias veces al mes”) puntúan más alto en Propósito de vida que las mujeres en esas mismas situaciones. Como ya se ha comentado, este componente del Bienestar mide el grado en que las personas necesitan marcarse metas en la vida, definir objetivos que les permitan dar sentido a su vida. En cambio, para las mujeres el Cuidado de sus nietos “A diario” les da un mayor sentido a su vida, es decir, les permite tener un mayor Propósito de vida y así marcarse metas y objetivos para su desarrollo personal y bienestar. Ocurre todo lo contrario para los hombres, los cuales sienten que el Cuidado frecuente y sobretodo diario, les dificulta el planteamiento de metas y limita su desarrollo personal.

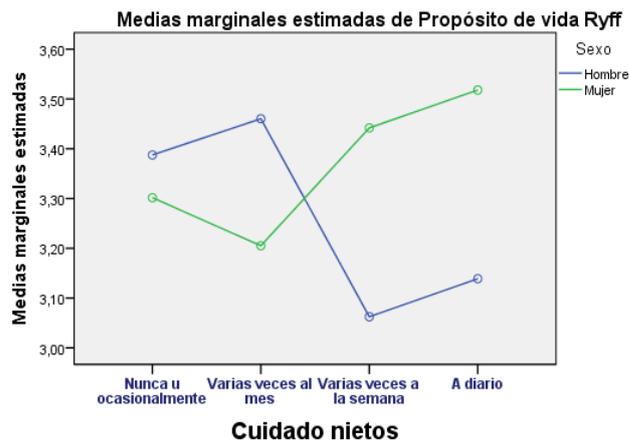


Figura 48. Interacciones estadísticamente significativas entre Cuidado de nietos y Sexo en Propósito de vida (Ryff).

En resumen, no se encontraron efectos principales de interacción entre el Sexo y el Cuidado de Nietos en los análisis multivariantes, es decir, en el análisis de las variables dependientes combinadas. Aunque, en cambio, en los análisis univariados, es decir, cuando se analiza el efecto de las variables independientes en las dependientes por separado, se encontró un efecto principal de interacción entre el Sexo y el Cuidado de Nietos en el factor Propósito de vida de la Escala de bienestar Psicológico de Ryff, lo que sugiere que respecto a la frecuencia de Cuidado de Nietos y su influencia sobre este factor, difiere y muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres. Para los hombres el cuidado frecuente y diario de los nietos les hace percibir que sienten un menor propósito en su vida y se sienten más limitados para desarrollar sus metas personales. En cambio, en las mujeres sucede todo lo contrario, dado que en ellas el cuidado frecuente y diario de sus nietos les hace sentir que tienen un objetivo en la vida y una meta personal para su desarrollo personal y bienestar.

Tabla 188. ANOVAs de continuación) para las variables Bienestar Psicológico y Satisfacción vital en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de Nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Autonomía Ryff	.038	1	.038	.137	.711	.000
	Environmental Mastery Ryff	.527	1	.527	1.597	.207	.003
	Personal Growth Ryff	.011	1	.011	.034	.853	.000
	Positive relations Ryff	.186	1	.186	.265	.607	.001
	Purpose in life Ryff	.612	1	.612	1.575	.210	.003
	Self acceptance Ryff	.987	1	.987	2.324	.128	.005
	Satisfacción Vida Pasada	2.720	1	2.720	3.776	.053	.008
	Satisfacción Vida Presente	2.173	1	2.173	2.862	.091	.006
	Satisfacción Vida Futura	.055	1	.055	.120	.730	.000
CUIDADONIET	Autonomía Ryff	.192	3	.064	.232	.874	.001
	Environmental Mastery Ryff	.716	3	.239	.724	.538	.005
	Personal Growth Ryff	2.990	3	.997	3.231	.022	.020
	Positive relations Ryff	.997	3	.332	.473	.701	.003
	Purpose in life Ryff	.342	3	.114	.293	.830	.002
	Self acceptance Ryff	.480	3	.160	.377	.770	.002
	Satisfacción Vida Pasada	1.681	3	.560	.778	.507	.005
	Satisfacción Vida Presente	1.441	3	.480	.632	.594	.004
	Satisfacción Vida Futura	.345	3	.115	.248	.863	.002
SEXO * CUIDADONIET	Autonomía Ryff	1.027	3	.342	1.237	.296	.008
	Environmental Mastery Ryff	.677	3	.226	.684	.562	.004
	Personal Growth Ryff	.914	3	.305	.988	.398	.006
	Positive relations Ryff	1.458	3	.486	.692	.558	.004
	Purpose in life Ryff	4.405	3	1.468	3.778	.011	.023
	Self acceptance Ryff	.261	3	.087	.205	.893	.001
	Satisfacción Vida Pasada	2.288	3	.763	1.059	.366	.007
	Satisfacción Vida Presente	.175	3	.058	.077	.972	.000
	Satisfacción Vida Futura	1.897	3	.632	1.365	.253	.009

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet; Autonomía Ryff=Autonomía; Environmental Mastery Ryff= Dominio del entorno; Personal Growth Ryff= Crecimiento personal; Positive Relations Ryff= Relaciones positivas; Purpose in life Ryff= Propósito en la vida; Self acceptance Ryff = autoaceptación.

#### **9.4.5.3. Salud: Salud Percibida, Depresión y Autocuidado**

Ahora pasaremos a explicar los resultados que finalmente se han obtenido en los análisis efectuados para averiguar la posible existencia de diferencias significativas en las variables dependientes en cuanto a la Salud, en base al Sexo y al Cuidado de nietos, También se tratará de investigar los efectos de interacción de ambas variables independientes (cuando el efecto de un factor sobre la variable dependiente depende de cuál sea el nivel del otro factor). Para ello se estimó un MANOVA 4 (Cuidado de Nietos) x 2 (Sexo) con: Salud Percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión.

En la siguiente Tabla 189 se presentan las medias y desviaciones típicas para las puntuaciones obtenidas en las escalas, distribuidas según la frecuencia de Cuidado de Nietos y el Sexo. En primer lugar, respecto a la Salud percibida los hombres que informan de que cuidan a sus nietos “Varias veces al mes” puntúan más alto en su percepción de salud ( $M=4.18$ ;  $DT = .67$ ), las mujeres en cambio registran los valores más altos cuando cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 4.08$ ;  $DT = .73$ ). En el factor Autocuidado físico, las mujeres informan de niveles más altos en esta dimensión de autocuidado que el resto de grupos cuando cuidan de nietos “Varias veces a la semana” ( $M = 4.13$ ;  $DT = .69$ ), mientras que, en cambio, los hombres informan de mayor Autocuidado físico cuando cuidan “A diario” ( $M=3.91$ ;  $DT = .69$ ). En cuanto al Autocuidado social y de las relaciones interpersonales, tanto hombres ( $M = 4.04$ ;  $DT=.38$ ) como mujeres ( $M = 4.09$ ;  $DT = .56$ ) obtienen valores más elevados cuando cuidan “Varias veces al mes” de los nietos. Para el componente de Autocuidado interno, los valores más altos son para las mujeres que indican que son cuidadoras “Varias veces al mes” ( $M = 3.46$ ;  $DT = .89$ ). Mientras que los hombres puntúan más elevado en este factor cuando cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = 3.02$ ;  $DT = .82$ ). Finalmente, para la variable Depresión, las mujeres informan de mayor sintomatología depresiva cuando tienen que cuidar “A diario” de los nietos ( $M = 1.84$ ;  $DT = .87$ ), en cambio los hombres cuando lo hacen “Varias veces al mes” solamente ( $M = 1.57$ ;  $DT = .79$ ).

Tabla 189. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

VARIABLES	SEXO	CUIDADO NIETOS	Media	Desviación típica	N
Perceived Health	Hombre	Nunca u ocasionalmente	4.0939	.64364	114
		Varias veces al mes	4.1896	.67938	21
		Varias veces a la semana	4.0335	.54347	16
		A diario	3.9033	.71325	12
		Total	4.0863	.64189	163
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.9981	.69615	178
		Varias veces al mes	4.0595	.62077	24
		Varias veces a la semana	4.0850	.73068	43
		A diario	3.9725	.63257	64
		Total	4.0097	.68065	309
	Total	Nunca u ocasionalmente	4.0355	.67663	292
		Varias veces al mes	4.1202	.64463	45
		Varias veces a la semana	4.0710	.68083	59
		A diario	3.9615	.64139	76
		Total	4.0361	.66783	472
	Self Care-physical	Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.8114	.73990
Varias veces al mes			3.7778	.69389	21
Varias veces a la semana			3.8958	.37945	16
A diario			3.9167	.69812	12
Total			3.8231	.69947	163
Mujer		Nunca u ocasionalmente	3.9607	1.00126	178
		Varias veces al mes	4.0625	.74343	24
		Varias veces a la semana	4.1395	.69857	43
		A diario	3.7969	.78031	64
		Total	3.9595	.90517	309
Total		Nunca u ocasionalmente	3.9024	.90977	292
		Varias veces al mes	3.9296	.72691	45
		Varias veces a la semana	4.0734	.63448	59
		A diario	3.8158	.76477	76
		Total	3.9124	.84160	472
Self Care-social		Hombre	Nunca u ocasionalmente	3.8801	.62105
	Varias veces al mes		4.0476	.38421	21
	Varias veces a la semana		4.0000	.42164	16
	A diario		3.8889	.64092	12
	Total		3.9141	.57923	163
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	4.0075	.60595	178
		Varias veces al mes	4.0972	.56874	24
		Varias veces a la semana	4.0233	.58371	43
		A diario	3.9583	.59835	64
		Total	4.0065	.59667	309
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.9578	.61399	292
		Varias veces al mes	4.0741	.48663	45
		Varias veces a la semana	4.0169	.54112	59
		A diario	3.9474	.60136	76
		Total	3.9746	.59173	472

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Tabla 189. Estadísticos descriptivos de las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Self Care-internal	Hombre	Nunca u ocasionalmente	2.8684	.90189	114
		Varias veces al mes	2.7698	.86999	21
		Varias veces a la semana	3.0208	.82971	16
		A diario	2.9722	1.14995	12
		Total	2.8783	.90477	163
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	3.2612	.91233	178
		Varias veces al mes	3.4653	.89142	24
		Varias veces a la semana	3.4302	.98483	43
		A diario	3.2552	.89234	64
		Total	3.2994	.91574	309
	Total	Nunca u ocasionalmente	3.1079	.92681	292
		Varias veces al mes	3.1407	.93943	45
		Varias veces a la semana	3.3192	.95607	59
		A diario	3.2105	.93467	76
Total		3.1540	.93279	472	
Depresión	Hombre	Nunca u ocasionalmente	1.4440	.53021	114
		Varias veces al mes	1.5714	.79668	21
		Varias veces a la semana	1.4226	.45662	16
		A diario	1.5615	.71813	12
		Total	1.4670	.57568	163
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	1.7230	.73450	178
		Varias veces al mes	1.8333	.82407	24
		Varias veces a la semana	1.8267	.83575	43
		A diario	1.8490	.87229	64
		Total	1.7721	.78419	309
	Total	Nunca u ocasionalmente	1.6141	.67520	292
		Varias veces al mes	1.7111	.81298	45
		Varias veces a la semana	1.7171	.76977	59
		A diario	1.8036	.85201	76
Total		1.6667	.73295	472	

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

Para poner a prueba si estas diferencias encontradas en los análisis descriptivos son significativas y por tanto no se deben al azar, de nuevo, se realizó un MANOVA 4x2 entre sujetos con las cinco variables dependientes que miden la Salud: Salud Percibida, Autocuidado físico, Autocuidado social, Autocuidado interno y Depresión. Las variables independientes fueron el Cuidado de nietos recodificada en cuatro condiciones o categorías (“Nunca u ocasionalmente”, “Varias veces al mes”, “Varias veces a la semana” y “A diario”) y el Sexo de los participantes. Según el criterio de Pillai, el Sexo (Traza de Pillai = .060;  $F(5,460)=5.822$ ;  $p<.001$ ;  $\eta^2 =.060$ ) afecta significativamente el conjunto de variables (ver Tabla 190). El tamaño del efecto es mayor para el Sexo, dado que explica el 6% de la varianza explicada global. En cambio, ni el Cuidado de nietos (Traza de Pillai = .019;

$F(15,1386) = .593$ ;  $p = .883$ ;  $\eta^2 = .006$ ), ni la interacción de ambas variables independientes afectan significativamente a la combinación de variables dependientes que evalúan la Salud (Traza de Pillai = .012;  $F(15,1386) = .378$ ;  $p = .985$ ;  $\eta^2 = .004$ ). Siendo el tamaño del efecto de ambas variables independientes muy pequeño (0.6% y 0.4%, respectivamente). Es decir, no se han encontrado diferencias significativas en el conjunto de las variables dependientes analizadas globalmente en la interacción del Sexo y el Cuidado de nietos.

Los ANOVAs de seguimiento realizados para investigar los efectos principales en las variables dependientes analizadas individualmente, corroboran lo hallado previamente en el MANOVA anterior, dado que no hay evidencias de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en las variables dependientes cuando son analizadas de forma separada (ver Tabla 191). Aún así, se puede comprobar que el Sexo afecta significativamente en el factor de Autocuidado interno ( $F(1,464) = 13.133$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .028$ ) y también en Depresión ( $F(1,464) = 10.112$ ;  $p = .002$ ;  $\eta^2 = .021$ ). El tamaño del efecto del Sexo en la explicación de la variabilidad en ambas variables es modesto y es algo mayor para el Autocuidado interno (2.8% y 2.1%, respectivamente).

Tabla 190. *Contrastes Multivariados para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.060	5.822 <sup>b</sup>	5.000	460.000	.000	.060
	Lambda de Wilks	.940	5.822 <sup>b</sup>	5.000	460.000	.000	.060
	Traza de Hotelling	.063	5.822 <sup>b</sup>	5.000	460.000	.000	.060
	Raíz mayor de Roy	.063	5.822 <sup>b</sup>	5.000	460.000	.000	.060
CUIDADONIET	Traza de Pillai	.019	.593	15.000	1386.000	.883	.006
	Lambda de Wilks	.981	.591	15.000	1270.259	.883	.006
	Traza de Hotelling	.019	.590	15.000	1376.000	.884	.006
	Raíz mayor de Roy	.013	1.221 <sup>c</sup>	5.000	462.000	.298	.013
SEXO *	Traza de Pillai	.012	.378	15.000	1386.000	.985	.004
	Lambda de Wilks	.988	.376	15.000	1270.259	.985	.004
CUIDADONIET	Traza de Hotelling	.012	.375	15.000	1376.000	.985	.004
	Raíz mayor de Roy	.006	.589 <sup>c</sup>	5.000	462.000	.708	.006

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

En la Tabla 189 anterior se muestran los análisis descriptivos. Las diferencias significativas radican en que las mujeres realizan más conductas para mantener el Autocuidado interno que los hombres, es decir, realizan más comportamientos con el objetivo de equilibrar la mente y las emociones. Además, también las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres. Por otra parte, ni el Cuidado de nietos ni la interacción del Sexo con el Cuidado de nietos produce efectos principales en ninguna de las variables dependientes que evalúan la Salud.

Como se ha comprobado, no hay evidencias para afirmar que hay interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos sobre las variables dependientes que evalúan la Salud como uno de los indicadores/componentes del envejecimiento con éxito en las personas mayores. De modo que el hecho de ser hombre o mujer no se interrelaciona con la frecuencia de Cuidado de nietos y por lo tanto no produce efectos significativos en este grupo de variables dependientes.

Tabla 191. ANOVAs de continuación) para las variables Salud Percibida, Autocuidado y Depresión en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Perceived Health	.038	1	.038	.085	.770	.000
	Self Care-physical	1.079	1	1.079	1.527	.217	.003
	Self Care-social	.252	1	.252	.718	.397	.002
	Self Care-internal	10.994	1	10.994	13.133	.000	.028
	Depresión	5.266	1	5.266	10.112	.002	.021
CUIDADONIET	Perceived Health	.757	3	.252	.562	.640	.004
	Self Care-physical	.792	3	.264	.374	.772	.002
	Self Care-social	.812	3	.271	.770	.511	.005
	Self Care-internal	1.084	3	.361	.432	.730	.003
	Depresión	.950	3	.317	.608	.610	.004
SEXO * CUIDADONIET	Perceived Health	.453	3	.151	.337	.799	.002
	Self Care-physical	1.041	3	.347	.491	.689	.003
	Self Care-social	.158	3	.053	.150	.929	.001
	Self Care-internal	1.091	3	.364	.434	.728	.003
	Depresión	.169	3	.056	.108	.955	.001

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet; Perceived Health = Salud Percibida; Self Care-physical = Autocuidado Físico; Self Care-social = Autocuidado Social; Self Care-internal = Autocuidado Interno.

#### 9.4.5.4. Soledad y Aislamiento social

Ya para finalizar, se expondrán los resultados obtenidos con el propósito de averiguar si existen efectos de interacción significativos entre el Sexo y el Cuidado de Nietos en el grupo de variables dependientes que evalúan la Soledad y el Aislamiento social percibido. Con este fin, se estimó un MANOVA 4 (Cuidado de nietos) x 2 (Sexo) con todos los factores y variables dependientes de este grupo: los dos factores de la Escala de Soledad de DJGLS (Soledad social y Soledad emocional) y los tres factores de la Escala de Soledad UCLA-3 (Conexión social, Rasgo soledad y Aislamiento).

Los análisis descriptivos se muestran en la Tabla 192, separados en base al Sexo y la frecuencia de Cuidado de nietos, donde podemos ver en la Soledad social, que los hombres que cuidan “A diario” de los nietos son los que manifiestan mayor soledad ( $M = .62$ ;  $DT=.36$ ). En cambio, las mujeres que experimentan mayor soledad social son las que “Nunca” cuidan de Nietos ( $M = .54$ ;  $DT = .42$ ). En segundo lugar, en cuanto a la Soledad emocional (DJGLS), los valores más altos son para los hombres que cuidan “Varias veces a la semana” ( $M = .44$ ;  $DT = .44$ ). En cambio, en las mujeres perciben mayor soledad emocional cuando “Nunca” cuidan de nietos ( $M = .41$ ;  $DT = .46$ ). En cuanto a la Escala de Soledad UCLA-3, en primer lugar, respecto al factor Aislamiento, el grupo que más puntúa en este componente son los hombres que cuidan “A diario” de sus nietos ( $M = 1.10$ ;  $DT = .67$ ). En contraposición, las mujeres perciben mayor Aislamiento social cuando “Nunca” cuidan de los nietos ( $M = 1.08$ ;  $DT = .65$ ). En el factor Rasgo Soledad, son los hombres que cuidan “A diario” los que sienten una mayor soledad global que el resto de grupos ( $M = 1.06$ ;  $DT = .24$ ). Y nuevamente, las mujeres que “Nunca” cuidan de los nietos sienten mayor soledad ( $M = .95$ ;  $DT = .50$ ). En el factor Conexión social, tanto hombres ( $M = .65$ ;  $DT = .47$ ) como mujeres ( $M = .63$ ;  $DT=.44$ ) que “Nunca” cuidan de sus nietos puntúan más alto en este factor de la UCLA-3.

Tabla 192. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

VARIABLES	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Soledad Social DJGLS	Hombre	Nunca u ocasionalmente	.6081	.46470	117
		Varias veces al mes	.4700	.31970	20
		Varias veces a la semana	.7375	.45185	16
		A diario	.6250	.36213	12
		Total	.6052	.44275	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	.5419	.42214	182
		Varias veces al mes	.4365	.44890	26
		Varias veces a la semana	.5045	.43023	44
		A diario	.5313	.44253	64
		Total	.5259	.42860	316
	Total	Nunca u ocasionalmente	.5678	.43971	299
		Varias veces al mes	.4511	.39419	46
		Varias veces a la semana	.5667	.44452	60
		A diario	.5461	.43002	76
Total		.5531	.43468	481	
Soledad Emocional DJGLS	Hombre	Nunca u ocasionalmente	.3595	.42971	117
		Varias veces al mes	.2583	.30337	20
		Varias veces a la semana	.4438	.44418	16
		A diario	.3444	.40759	12
		Total	.3543	.41520	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	.4158	.46657	182
		Varias veces al mes	.3859	.45832	26
		Varias veces a la semana	.3902	.52698	44
		A diario	.3891	.47625	64
		Total	.4043	.47456	316
	Total	Nunca u ocasionalmente	.3938	.45261	299
		Varias veces al mes	.3304	.39956	46
		Varias veces a la semana	.4044	.50312	60
		A diario	.3820	.46385	76
Total		.3872	.45525	481	
Aislamiento UCLA 3	Hombre	Nunca u ocasionalmente	.9139	.55496	117
		Varias veces al mes	.7472	.50323	20
		Varias veces a la semana	.9583	.59056	16
		A diario	1.1076	.67431	12
		Total	.9121	.56205	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	1.0800	.65654	182
		Varias veces al mes	.8164	.59438	26
		Varias veces a la semana	.9798	.60079	44
		A diario	.9647	.60809	64
		Total	1.0210	.63662	316
	Total	Nunca u ocasionalmente	1.0150	.62312	299
		Varias veces al mes	.7863	.55172	46
		Varias veces a la semana	.9741	.59315	60
		A diario	.9873	.61648	76
Total		.9836	.61366	481	

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario.

Tabla 192. Estadísticos descriptivos de las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

Variabes	Sexo	Cuidado nietos	Media	Desviación típica	N
Rasgo Soledad UCLA 3	Hombre	Nunca u ocasionalmente	.9993	.55326	117
		Varias veces al mes	.9250	.39819	20
		Varias veces a la semana	.9375	.42328	16
		A diario	1.0625	.24133	12
		Total	.9889	.50636	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	.9533	.50363	182
		Varias veces al mes	.9263	.54279	26
		Varias veces a la semana	.8655	.50489	44
		A diario	.8958	.52179	64
		Total	.9272	.50941	316
	Total	Nunca u ocasionalmente	.9713	.52317	299
		Varias veces al mes	.9257	.48024	46
		Varias veces a la semana	.8847	.48204	60
		A diario	.9221	.49091	76
		Total	.9484	.50868	481
Conexión social UCLA 3	Hombre	Nunca u ocasionalmente	.6531	.47077	117
		Varias veces al mes	.5083	.32465	20
		Varias veces a la semana	.5982	.44939	16
		A diario	.5992	.30556	12
		Total	.6263	.44277	165
	Mujer	Nunca u ocasionalmente	.6327	.44392	182
		Varias veces al mes	.4789	.37648	26
		Varias veces a la semana	.5525	.34463	44
		A diario	.5975	.46314	64
		Total	.6017	.43097	316
	Total	Nunca u ocasionalmente	.6406	.45394	299
		Varias veces al mes	.4917	.35137	46
		Varias veces a la semana	.5647	.37192	60
		A diario	.5978	.44031	76
		Total	.6102	.43475	481

Nota: N=Tamaño muestral; Variable Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario.

A continuación se calculó un MANOVA 4 (Cuidado de nietos) x 2 (Sexo) con las variables dependientes: Soledad social y Soledad emocional, Aislamiento, Rasgo soledad y Conexión social. Los resultados de este MANOVA (ver Tabla 193) mostraron que las variables dependientes combinadas no se ven afectadas de forma significativa ni por el Sexo (Traza de Pillai = .017;  $F(5,469) = 1.635$ ;  $p = .149$ ;  $\eta^2 = .017$ ), ni por el Cuidado de nietos (Traza de Pillai = .029;  $F(15,1413) = .919$ ;  $p = .542$ ;  $\eta^2 = .010$ ) ni tampoco por la interacción de ambas variables independientes (Traza de Pillai = .017;  $F(15,1413) = .541$ ;  $p = .918$ ;  $\eta^2 = .006$ ). En todos los casos el tamaño del efecto fue muy pequeño, especialmente en la interacción del Sexo y el Cuidado de los nietos (0.6%).

Tabla 193. *Contrastes Multivariados para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con Cuidado de nietos recodificada.*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Traza de Pillai	.017	1.635 <sup>b</sup>	5.000	469.000	.149	.017
	Lambda de Wilks	.983	1.635 <sup>b</sup>	5.000	469.000	.149	.017
	Traza de Hotelling	.017	1.635 <sup>b</sup>	5.000	469.000	.149	.017
	Raíz mayor de Roy	.017	1.635 <sup>b</sup>	5.000	469.000	.149	.017
CUIDADONIET	Traza de Pillai	.029	.919	15.000	1413.000	.542	.010
	Lambda de Wilks	.971	.918	15.000	1295.104	.544	.010
	Traza de Hotelling	.029	.916	15.000	1403.000	.545	.010
	Raíz mayor de Roy	.018	1.671 <sup>c</sup>	5.000	471.000	.140	.017
SEXO *	Traza de Pillai	.017	.541	15.000	1413.000	.918	.006
	Lambda de Wilks	.983	.540	15.000	1295.104	.919	.006
CUIDADONIET	Traza de Hotelling	.017	.539	15.000	1403.000	.920	.006
	Raíz mayor de Roy	.010	.979 <sup>c</sup>	5.000	471.000	.430	.010

Nota: Gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; b= estadístico exacto; c = el estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

Se efectuaron análisis adicionales para comprobar los efectos principales de las variables independientes y de su interacción en cada una de las variables dependientes analizadas individualmente (ANOVAs de continuación). Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 194. Tal y como se puede comprobar, los hallazgos corroboran los resultados obtenidos previamente con el MANOVA anterior, evidenciando la no existencia de diferencias significativas en las variables dependientes que evalúan Soledad y Aislamiento social percibido en función de la interacción de las dos variables independientes aquí estudiadas. Tampoco se encontraron efectos principales del Cuidado de nietos en ninguna de las variables. Ni tampoco del Sexo. Por tanto, no hay evidencias para afirmar que el Cuidado de nietos, y especialmente respecto a su interacción con el Sexo de los participantes, afecta de forma significativa en la percepción de mayores o menores sentimientos de soledad y aislamiento social percibido, más bien esta percepción se ve influida por otras variables que pueden afectar estas percepciones en mayor medida.

Tabla 194. ANOVAs de continuación para las variables Soledad y Aislamiento social en función de la Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos recodificada.

Origen	Variable dependiente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
SEXO	Soledad Social- DJGLS	.634	1	.634	3.366	.067	.007
	Soledad Emocional- DJGLS	.107	1	.107	.510	.475	.001
	Aislamiento-UCLA3	.045	1	.045	.121	.728	.000
	Rasgo Soledad-UCLA3	.280	1	.280	1.075	.300	.002
	Conexión social-UCLA3	.033	1	.033	.174	.677	.000
CUIDADONIET	Soledad Social- DJGLS	.745	3	.248	1.319	.268	.008
	Soledad Emocional- DJGLS	.238	3	.079	.380	.768	.002
	Aislamiento-UCLA3	1.977	3	.659	1.767	.153	.011
	Rasgo Soledad-UCLA3	.301	3	.100	.386	.763	.002
	Conexión social-UCLA3	.972	3	.324	1.711	.164	.011
SEXO * CUIDADONIET	Soledad Social- DJGLS	.313	3	.104	.554	.646	.003
	Soledad Emocional- DJGLS	.197	3	.066	.314	.815	.002
	Aislamiento-UCLA3	.981	3	.327	.877	.453	.006
	Rasgo Soledad-UCLA3	.171	3	.057	.219	.883	.001
	Conexión social-UCLA3	.012	3	.004	.020	.996	.000

Nota: gl= grados de libertad; F= resultado de la prueba F; Sig.= significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; CuidadoNiet= Cuidado Nietos recodificada: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana y a diario; Sexo\*Cuidadoniet = Intersección de la variable Sexo y la variable Cuidadoniet.

#### 9.4.5.5. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis diferenciales en función de la Interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos recodificada

Con el fin de sintetizar todos los resultados que se han hallado tras los análisis multivariados y univariados que se han llevado a cabo, a continuación para su mejor comprensión, en la siguiente Tabla 195, se resumen todos los resultados cuyo propósito era el de investigar los efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en todos los grupos de variables dependientes que han sido seleccionadas en esta investigación como indicadores/componentes del envejecimiento activo, exitoso y sal variables dependientes que han sido seleccionadas en esta investigación como indicadores/componentes del envejecimiento activo, exitoso y saludable.

Tabla 195. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\* Cuidado de Nietos recodificada.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*Cuidado Nietos
<b>Interacción Sexo*Cuidado de Nietos</b>	<b>Recursos Sociales</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .010; $F_{3,470} = 1.638; p = .180; \eta^2 = .010$	No		El Cuidado de Nietos “Varias veces al mes” > Apoyo social afectivo que el cuidado diario.
		<b>Cuidado de Nietos</b> Traza de Pillai = .040; $F_{9,1416} = 2.105; p = .026; \eta^2 = .013$	<b>Apoyo social afectivo</b> ( $F_{3,1422} = 2.648; p = .048; \eta^2 = .017$ )		<b>No hay efectos de interacción</b> entre el Sexo y el Cuidado de nietos ni multivariados ni univariante
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .024; $F_{9,1416} = 1.256; p = .256; \eta^2 = .008$	No		
	<b>Bienestar y Satisfacción</b>	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .028; $F_{9,463} = 1.479; p = .153; \eta^2 = .028$	<b>Satisfacción vital pasada</b> ( $F_{1,471} = 3.776; p = .053; \eta^2 = .008$ )		Los hombres > Satisfacción con la vida pasada
		<b>Cuidado de Nietos</b> Traza de Pillai = .060; $F_{27,1395} = 1.058; p = .383; \eta^2 = .020$	<b>Crecimiento Personal</b> ( $F_{3,1419} = 3.231; p = .022; \eta^2 = .020$ )		Las personas que cuidan de sus nietos “A diario” > Crecimiento Personal
		<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .080; $F_{27,1395} = 1.424; p = .074; \eta^2 = .027$	<b>Propósito de vida</b> ( $F_{3,1419} = 3.778; p = .011; \eta^2 = .023$ )		<b>No hay interacción multivariada</b>  Hay efectos principales de <b>interacción</b> entre el Sexo y el Cuidado de Nietos en Propósito de vida.  En los hombres, el cuidado diario de nietos < Propósito de vida En las mujeres el cuidado diario de nietos > Propósito de vida

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencia.

Tabla 195. Resumen de los resultados obtenidos en los análisis multivariantes en las variables dependientes en función de la Interacción entre Sexo\* Cuidado de Nietos recodificada.

Variable Independiente	Variables Dependientes	MANOVA	ANOVAs de continuación	Comparaciones Post-hoc	Diferencias en función Interacción Sexo*Cuidado Nietos
	Salud	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .060; $F_{5, 460} = 5.822; p < .001; \eta^2 = .060$	<b>Autocuidado interno</b> $(F_{1, 464} = 13.133; p < .001; \eta^2 = .028)$		Las mujeres > Autocuidado interno
			<b>Depresión</b> $(F_{1, 464} = 10.112; p = .002; \eta^2 = .021)$		Las mujeres > Depresión
		<b>Cuidado de Nietos</b> Traza de Pillai = .019; $F_{15, 1386} = .593; p = .883; \eta^2 = .006$	No		No hay efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos ni multivariados ni univariante
	<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .012; $F_{15, 1386} = .378; p = .985; \eta^2 = .004$	No			
	Soledad y Aislamiento	<b>Sexo</b> Traza de Pillai = .017; $F_{5, 469} = 1.635; p = .149; \eta^2 = .017$	No		No hay efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos ni multivariados ni univariante
		<b>Cuidado de Nietos</b> Traza de Pillai = .029; $F_{15, 1413} = .919; p = .542; \eta^2 = .010$	No		
<b>Interacción</b> Traza de Pillai = .017; $F_{15, 1413} = .541; p = .918; \eta^2 = .006$		No			

Nota: F= resultado de la prueba F; p = significación,  $p < 0.05$ ;  $\eta^2$  parcial= cuadrado eta parcial; > =mayor; < =menor; ≠ = diferencia.

## 9.5. Modelo de ecuaciones estructurales

A partir de todos los resultados anteriores se ha ido viendo los principales constructos y variables que se relacionan con el envejecimiento activo, saludable y exitoso. Finalmente se ha planteado un modelo de mediación parcial mediante un path analysis para predecir la calidad de vida en función de los distintos grupos de variables teorizados según el *Modelo de envejecimiento exitoso: modelo integral de PCP* de Kahana et al. (2014), una versión adaptada de Kahana y Kahana (1996), que consisten en: estresores, variables de control, recursos externos, recursos internos, adaptaciones y resultados de calidad de vida.

El modelo hipotético propuesto puede consultarse en la Figura 49. En este modelo, se establece que estresores y variables de control tienen un efecto en los resultados de calidad de vida tanto de forma directa como por mediación de los recursos externos e internos y de las adaptaciones.

Los predictores empleados en cuanto a los estresores han sido la Salud percibida (SF8), la Soledad y el aislamiento social (DJGLS-UCLA). Y en cuanto a las variables control hemos considerado el Sexo, la Edad, la Situación laboral (SITLAB) y el Estado civil (EC2). Entre las variables mediadoras hemos considerado como Recursos externos, el apoyo social (DUKE) y la red social (LUBBEN) y como Recursos internos que dispone el individuo hemos incluido el factor Autoaceptación (SELFAC), el factor Propósito de vida (PURPOSE) y el factor Autonomía (AUTONOMÍA) del cuestionario de Bienestar Psicológico. En cuanto a las adaptaciones proactivas, es decir, los comportamientos tanto preventivos como correctivos cuyo papel principal en el modelo teórico es mediador en la relación antecedentes-resultados, hemos incluido, las conductas de Autocuidado, el Cuidado a familiares dependientes (CUIDADO DEP), el Cuidado de nietos (CUIDADO NIETOS) y el factor Dominio del entorno del Cuestionario de Bienestar Psicológico (ENMAS). Finalmente, como resultados de calidad de vida, hemos considerado los siguientes: la Frecuencia de contacto con hijos (CONT HIJOS), la Frecuencia de contacto con nietos (CONT NIETOS), la frecuencia de contacto con padres vivos (CONT PADRES), la satisfacción con la vida (SAT VIDA), el factor Crecimiento personal (PEGRO) y Relaciones positivas con otros (PORE), ambos componentes del Bienestar Psicológico y la variable Depresión (DEPRESIÓN)

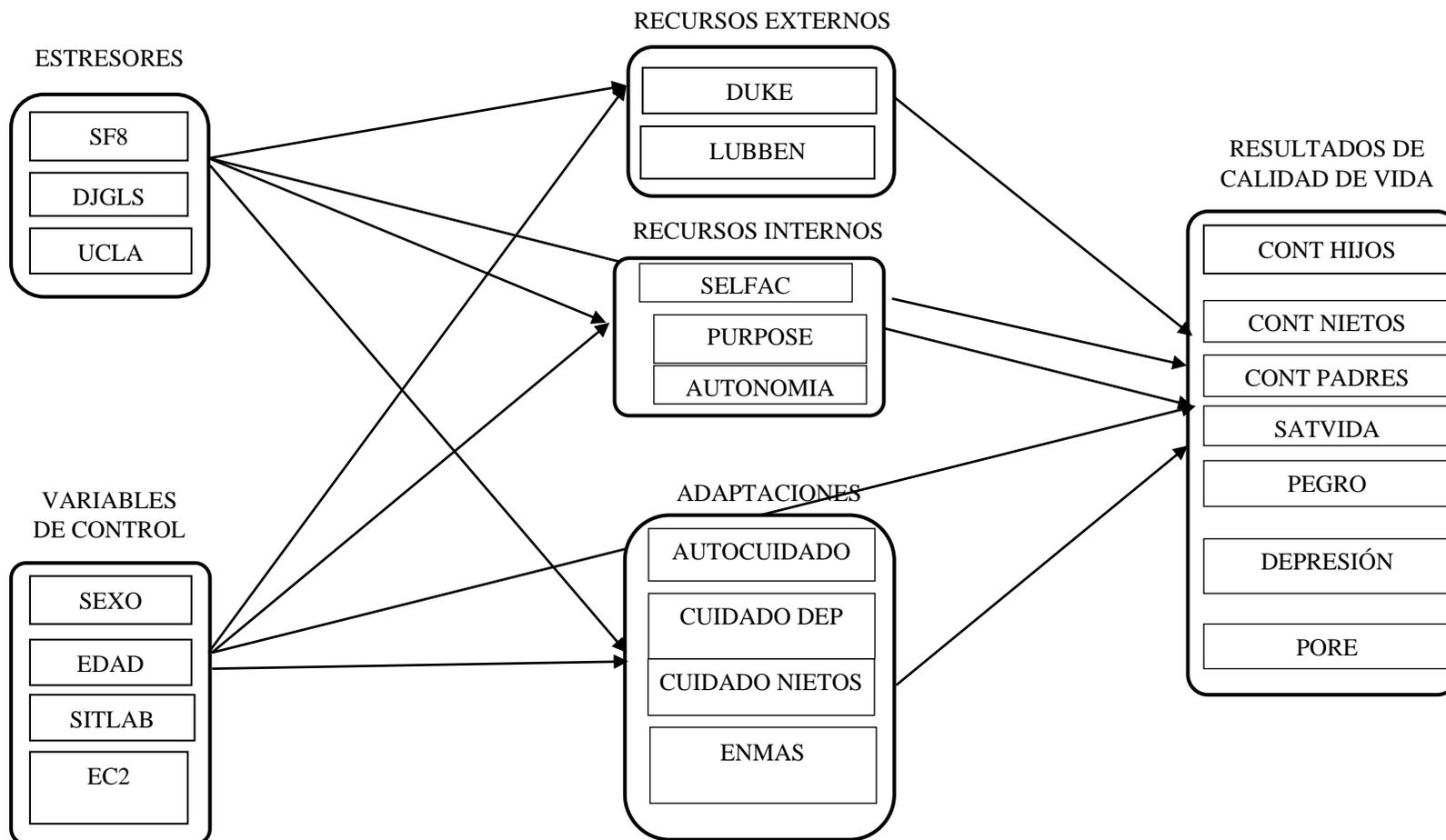


Figura 49. Modelo hipotético de predicción de envejecimiento exitoso siguiendo la teoría de Kahana y Kahana (2014).

Este modelo hipotético inicial obtuvo un ajuste adecuado:  $\chi^2(36) = 193.21$ ;  $p < .001$ ; CFI=.91; RMSEA = .089 [.077 - .102]; SRMR = .041. Al no resultar todas las relaciones estadísticamente significativas, se ha establecido un segundo modelo en el que se eliminan todas aquellas relaciones entre variables que carecen de significatividad estadística. Este segundo modelo ha resultado mostrar un ajuste mejorado:  $\chi^2(167)=316.29$ ;  $p < .001$ ; CFI=.92; RMSEA = .040 [.034 - .047]; SRMR = .057. La representación gráfica del modelo final así como las relaciones resultantes pueden consultarse en las figuras 50 y 51.

El modelo consigue explicar la variabilidad de los indicadores de calidad de vida en distintas cantidades. En cuanto a las variables relativas a la frecuencia de contactos, un 13% de la varianza de Contacto hijos (CONT1) es explicada; Contacto con nietos (CONT2) se explica en un 52.7%; y Contacto con padres (CONT3) en un 38.9%. Las variables del modelo son capaces de explicar hasta un 36.6% de la variabilidad en la satisfacción con la vida, mientras que en el caso de depresión se alcanza el 36.9%. Finalmente, el crecimiento personal y las relaciones positivas se pueden explicar en un 11.2% y 20.7%, respectivamente.

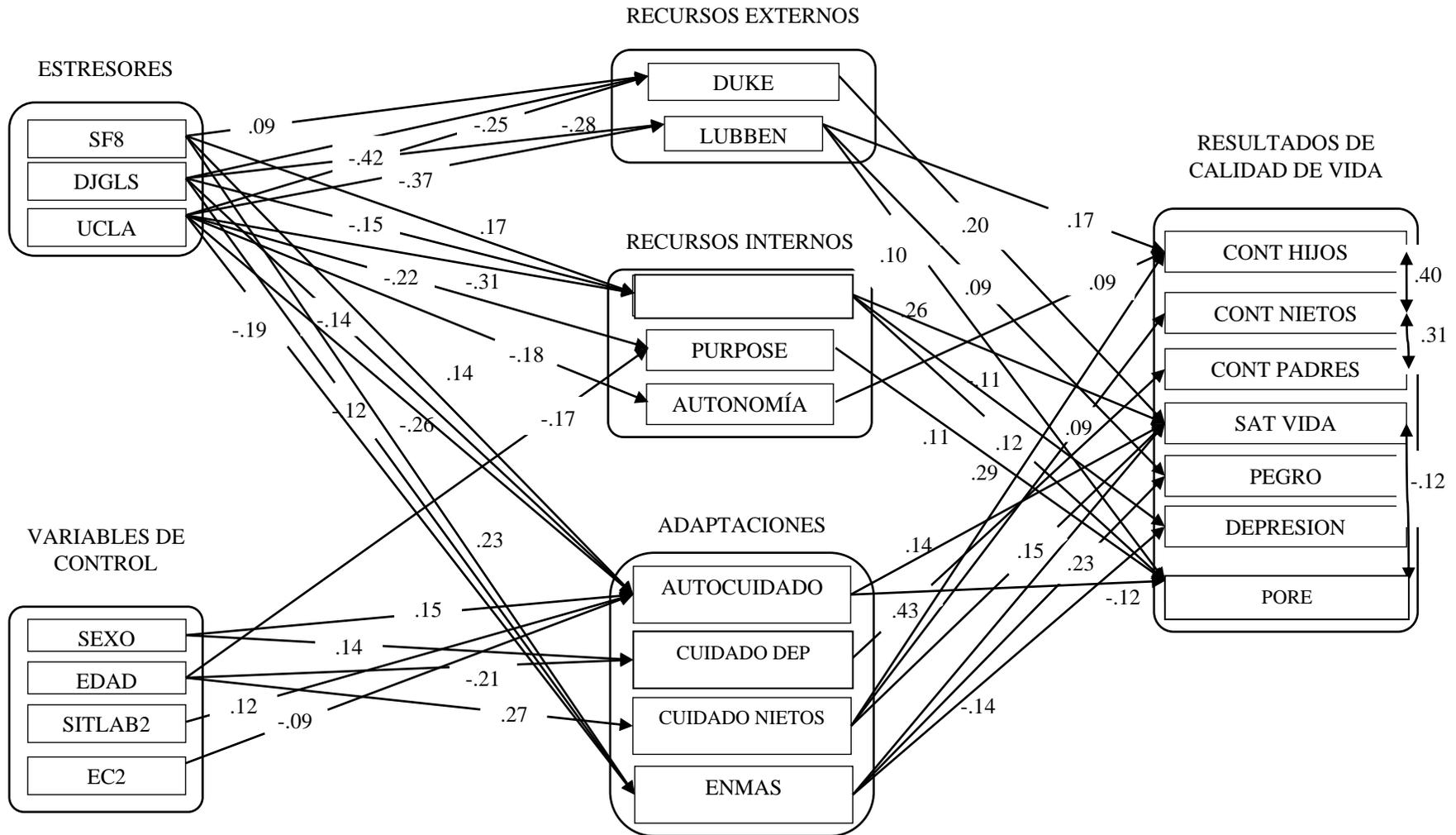


Figura 50. Modelo final resultante: por simplicidad no se muestran los efectos directos, que pueden verse en la Figura 51.

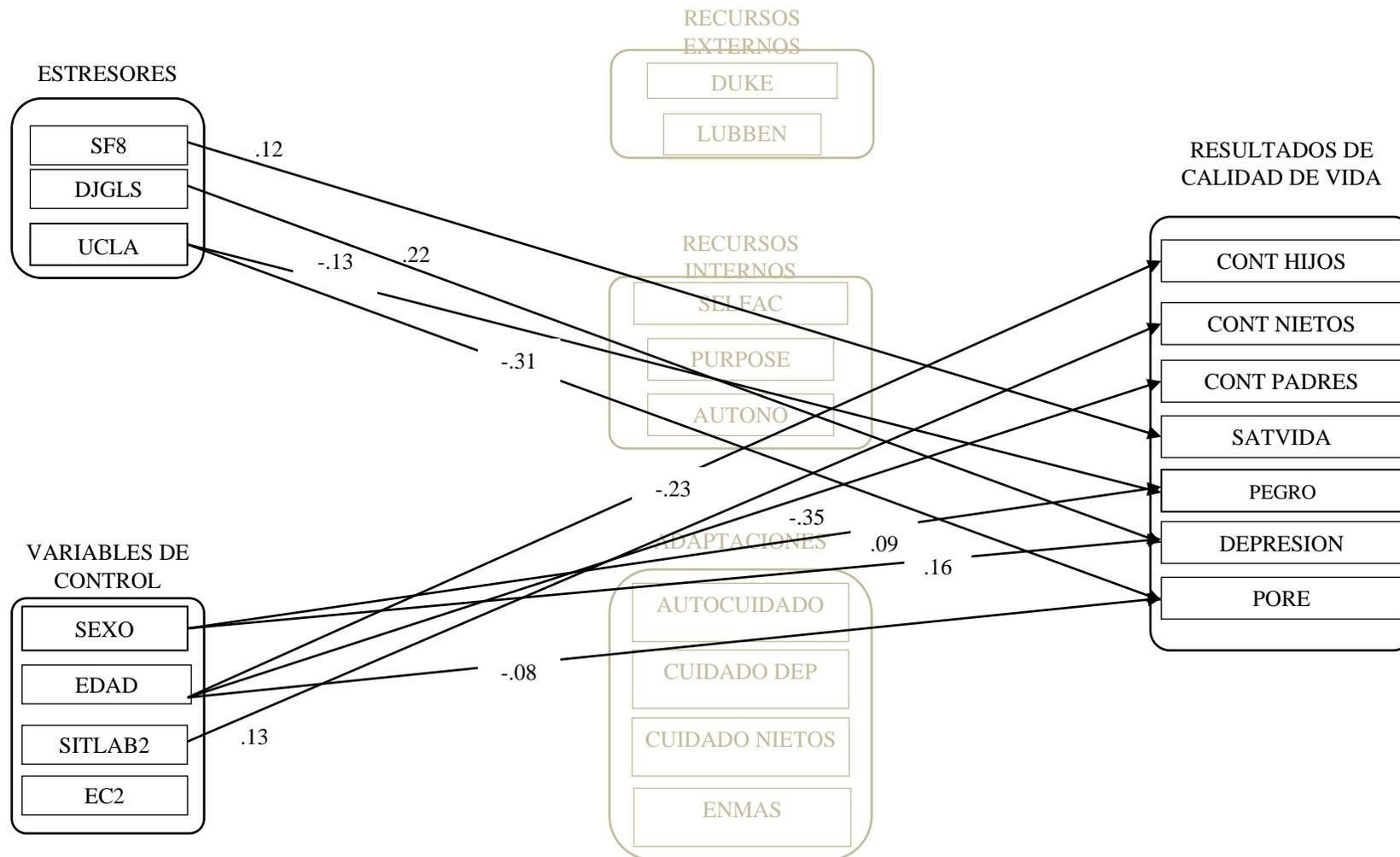


Figura 51. Modelo final resultante: solo efectos directos.



## Capítulo 10

# DISCUSIÓN

*“No se puede probar nada en el reino del pensamiento,  
pero el pensamiento puede explicar muchas cosas”*

Martin Heidegger (1889 - 1976)

Filósofo



Esta Tesis Doctoral ha sido elaborada con la intención de conocer, describir y comprender con mayor detalle las variables que predicen y se relacionan con la experiencia del envejecimiento con éxito, activo y saludable en un grupo de personas mayores que acuden a programas universitarios para mayores en la Universitat de València. Tras presentar una visión general sobre el panorama del envejecimiento exitoso, se presentaron evidencias de estudios previos sobre las relaciones entre una serie de factores, tanto de carácter sociodemográfico como psicosociales, que han demostrado tener influencia en el envejecimiento con éxito, activo y saludable a través de una mirada de género. Además, se expusieron datos sobre cómo los intereses generativos y el cuidado, han mostrado tener su influencia sobre la percepción del envejecimiento exitoso en las personas mayores, es decir, sobre las ganancias que reporta el cuidado en las trayectorias de los hombres y mujeres cuidadores en su proceso del buen envejecer. Seguidamente, tras describir la metodología que fue empleada para llevar a cabo la investigación que dio lugar a esta Tesis Doctoral, se expusieron los resultados obtenidos a través de los diferentes tipos de análisis estadísticos que fueron empleados. Finalmente, en esta sección se ofrecerá, primero, una reflexión sobre los principales resultados obtenidos, organizados por objetivos e hipótesis, para posteriormente presentar las limitaciones de nuestro proyecto y algunas perspectivas de investigación, así como las implicaciones prácticas derivadas de nuestros resultados y algunas conclusiones finales.

### **10.1. Relaciones entre variables sociodemográficas e indicadores de envejecimiento con éxito**

Tal y como se indicaba en el objetivo general de este trabajo, el propósito inicial fue conocer la influencia de diversas variables sociodemográficas, así como de sus interacciones, en varios indicadores asociados al envejecimiento con éxito, activo y saludable.

La presente investigación no utilizó el método de muestreo probabilístico, sino que los participantes fueron elegidos por conveniencia. Por lo tanto, no se trata de una muestra representativa de la población mayor española en general, en la medida en que sus características sociodemográficas y sociales no reflejan exactamente el perfil global del colectivo de personas mayores españolas. Por un lado, quizás porque se caracterizan por un alto nivel de participación social y educativo y por representar a un grupo característico de personas envejecientes exitosos. Además, se trata de una muestra de personas mayores cuya

media de edad es bastante joven: hombres y mujeres mayores de 50 años o más cuya media de edad es de 63 años aproximadamente, todos ellos alumnos de un Programa universitario para mayores adscrito a la Universidad de València. Un perfil de personas mayores diferente, activas, con amplias inquietudes sociales y de participación, es decir, personas cercanas a la edad de jubilación que muestran interés en una participación activa en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y/o cívicas y que están motivadas e implicadas en el desarrollo de su propio proceso de envejecimiento positivo y satisfactorio. Por ello, siempre que sea posible, se buscará contrastar los resultados de nuestra investigación con datos de otros estudios que hayan contado con muestras semejantes a la nuestra. Aunque en la mayoría de las ocasiones no ha sido posible dada la peculiaridad de esta muestra.

### 10.1.1. Relaciones entre el Sexo y el envejecimiento con éxito

**Objetivo específico propuesto:**

OE3.1.1. Analizar las relaciones entre el Sexo y el envejecimiento con éxito: Relaciones Sociales, Bienestar y Satisfacción, Salud y Soledad o Aislamiento social.

**Hipótesis planteadas:**

H3.1.1.1 Habrá diferencias de sexo en el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales.

H3.1.1.2. No habrá diferencias significativas entre hombres y mujeres en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.1.1.3. Habrá diferencias significativas entre hombres y mujeres en Salud.

H3.1.1.4. Habrá diferencias significativas entre hombres y mujeres en Soledad y Aislamiento social.

En primer lugar, en cuanto a las diferencias de Sexo en los indicadores del envejecimiento con éxito que se han evaluado en este estudio, en un principio se han confirmado todas las hipótesis de partida, es decir, la H3.1.1.1, la H3.1.1.2, la H3.1.1.3 y la H3.1.1.4., ya que en primer lugar, el sexo de los participantes afecta a la percepción de Recursos Sociales, a la Salud y a la Soledad o Aislamiento social, y en segundo lugar porque

no influye en los niveles de Bienestar Psicológico y Satisfacción vital, siendo el efecto del sexo/género mayor para el grupo de variables relacionadas con la Salud. Si bien, los análisis posteriores han determinado que en concreto, con respecto a la H3.1.1.3., dicha hipótesis se ha confirmado parcialmente, pues solamente se hallaron diferencias entre sexos en Depresión y Autocuidado interno, no así en Salud percibida: en ambos casos las mujeres indicaron más sintomatología depresiva y mayores niveles de autocuidado interno, es decir, una mayor implementación de conductas o comportamientos para equilibrar la mente y las emociones. Finalmente, en cuanto a la H3.1.1.4, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las medias de Soledad y el Sexo de los participantes, con lo cual, podemos afirmar que hay evidencias de que el Sexo/género afecta a la percepción de Soledad y Aislamiento social, aunque no podemos confirmar totalmente la hipótesis planteada a priori, pues se han obtenido resultados mixtos al respecto: los hombres perciben mayor soledad social y las mujeres mayor soledad por aislamiento social.

En relación a la primera Hipótesis que postulaba la existencia de diferencias de Sexo en Recursos Sociales (H3.1.1.1), los análisis multivariados han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Red social y Apoyo social cuando se analizan globalmente estas variables, aunque la magnitud de estas diferencias entre sexos es pequeña. En cambio, tras los análisis univariados posteriores, es decir, cuando se analiza el efecto del Sexo individualmente en cada variable, las diferencias entre sexos no aparecen. Dicho de otro modo, las diferencias que se aprecian a nivel global, permite afirmar que existe un comportamiento diferente en ambos grupos: hombres y mujeres, si bien este efecto no responde al efecto principal de la variable independiente sobre las dependientes consideradas de forma individual (efectos principales), sino que más bien responde al efecto provocado por la interacción o combinación de ambas variables dependientes. En este sentido, a nivel descriptivo en general, en nuestra muestra las mujeres obtuvieron puntuaciones medias superiores en Red social y en la dimensión de Apoyo social confidencial, y por tanto perciben en mayor medida que los hombres, un mayor tamaño de su red social y del apoyo social tangible e informativo, es decir, de que pueden contar con personas con las que pueden comunicarse y compartir sus preocupaciones o problemas, así como recibir información, consejo o guía.

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre las diferencias de sexo en Recursos Sociales van en la línea de la mayoría de los estudios publicados, los cuales han encontrado

diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores en diversas medidas relacionadas con la percepción de apoyo social y del tamaño de red social: generalmente las mujeres dan y obtienen más apoyo social, especialmente apoyo emocional, que los hombres. Pese a que las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital, sugiriendo que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones, quizás indirectamente, algunas de las diferencias de género en apoyo social que numerosas investigaciones evidencian, puedan provenir más probablemente de que a menudo las redes sociales son más una fuente de demandas que de apoyo para las mujeres, fundamentalmente debido a los distintos roles asociados al género que implican diferentes oportunidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales. Además, los efectos también pueden diferir en función de una serie de variables, tales como las socioculturales, fuentes y tipos de apoyo, niveles socioeconómicos y distintas circunstancias relacionadas con eventos vitales.

En general, la mayoría de las investigaciones sobre género y apoyo social coinciden en que las mujeres tienen redes sociales más grandes, más densas, más solidarias y más diversas que los hombres (Antonucci & Akiyama, 1987; Antonucci, Akiyama, & Takahashi, 2004; Arias, Polizzi, & Pantusa, 2015; Cornwell, 2011; Fischer & Beresford, 2015; McLaughlin, Vagenas, Pachana, Begum, & Dobson, 2010; Schwartz & Litwin, 2018; Stevens & van Tilburg, 2011). En cambio, Shaw, Krause, Liang y Bennett (2007), en uno de los estudios longitudinales más exhaustivos realizados y que analiza diversos tipos de contacto y apoyo en una muestra de personas mayores, concluyeron lo contrario, que la brecha de género en algunas dimensiones de apoyo social se reduce a medida que se avanza en edad. Por ejemplo, los hombres generalmente reciben y brindan menos apoyo que las mujeres mayores, pero están más satisfechos que las mujeres con sus intercambios de apoyo. Según estos autores los niveles de apoyo emocional aumentan con la edad, pero solo entre hombres mayores. Es decir, hay una preferencia para lazos más estrechos emocionalmente, por consiguiente, esto podría conducir a una pérdida desproporcionada o al abandono de los vínculos débiles, lo que a su vez reduciría el potencial puente de contactos superficiales y el tamaño de su red social.

Así, en nuestro estudio, también se ha observado que los hombres puntúan más alto que las mujeres en el factor Apoyo social emocional, y por lo tanto estos datos están en consonancia, en parte, con los encontrados por Shaw et al. (2007) en su estudio que hemos citado anteriormente según el cual, los hombres valoran más los intercambios de apoyo

emocionales y/o afectivos y los lazos más estrechos. Quizás, este resultado obtenido puede proporcionar cierta evidencia de que los roles de género cambian en el envejecimiento, de tal manera que los hombres se preocupan cada vez más por los problemas interpersonales tal y como sugiere la teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992). Dicha teoría sostiene que las personas se orientan cada vez más a relaciones fuertes y emocionalmente gratificantes a medida que envejecen (Carstensen et al., 2003; Charles & Carstensen, 2010), y que además, esta mayor selectividad es más pronunciada entre los hombres (Schwartz & Litwin, 2018; Shaw et al., 2007). Este cambio que se describe en los hombres podría reflejar también cambios psicológicos en las percepciones de “masculinidad” y en los roles de género que a menudo ocurren en la vejez, lo que obliga a los hombres a adoptar roles más enriquecedores y la oportunidad de transmitir sabiduría y experiencia (Calasanti, 2004a; Calasanti & King, 2017). No obstante, y a pesar de la tendencia que muestran las puntuaciones y los resultados en nuestro estudio, éstos no permiten afirmar con rotundidad de que en lo que respecta al apoyo emocional o confidencial haya diferencias entre sexos, ni tampoco en la Red social. Pero si a nivel global y multivariado hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en la percepción de Recursos Sociales.

En general, los resultados obtenidos respecto a los Recursos Sociales, son coherentes con otros estudios que encontraron que, aunque mujeres y hombres no difieren en la percepción global del apoyo social, las mujeres informan generalmente de más conductas y más disponibilidad de apoyo por parte de amistades que los hombres (Shaw et al., 2007). Por ejemplo, en la investigación de Castellano (2014) en una muestra española de personas mayores y en la cual también se utilizó el cuestionario Duke-UNC-11, tampoco se encontraron diferencias entre sexos. Y al igual que en nuestra investigación, en el factor Apoyo confidencial las medias de las mujeres fueron más altas que la de los hombres, y en el factor Apoyo afectivo o emocional, sucedió lo contrario. Si bien, en dicho estudio el grupo de los varones estaba infrarrepresentado pues tan solo contó con una muestra de 10 hombres, mientras que 107 eran mujeres. También nuestros resultados son consistentes, en parte, con la investigación de Vivaldi y Barra (2012), en donde tampoco se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de apoyo social.

Quizás, tal y como subrayan Schwartz y Litwin (2018), las diferencias entre sexos encontrada en Recursos Sociales a nivel global, puede ser debidas a que el género es un importante predictor en las transformaciones de las redes sociales a medida que se envejece y

en su estudio aportan evidencias empíricas de que la dinámica de las redes personales de las personas mayores europeas difiere para hombres y mujeres: las mujeres tenían más probabilidades de informar del crecimiento de la red social mediante la adición de nuevos miembros y una menor participación de la familia. Lo contrario sucedería en los hombres.

Estos hallazgos permiten pensar que quizás las mujeres dispongan de mayores recursos de apoyo social que los hombres para afrontar los cambios que puedan aparecer en esta etapa vital, lo que implica una gran ventaja psicológica para la población femenina en las relaciones sociales durante la vejez y que probablemente responde a procesos de socialización diferencial. Además, si tenemos en cuenta que las mujeres mayores son más propensas que los hombres mayores a tener un gran potencial de enlace en sus redes, tanto con familiares como con no parientes, y que por otro lado, las mujeres son más propensas a sobrevivir a los hombres, el mantenimiento de redes de apoyo adecuadas en esta etapa vital les puede suponer una gran ventaja relacional respecto a los hombres para el logro del envejecimiento exitoso, pues les puede proteger la salud, el bienestar y les dota a su vez de una mayor autonomía, dado que las personas mayores en redes dotadas de mayores recursos interpersonales, o lo que se denomina mayor capital social, muestran mayor bienestar que aquellos que están en redes menos dotadas. De este modo, el apoyo social percibido no solo influiría en el bienestar al proporcionar estabilidad emocional, atención y protección de otros, sino que también permitiría al individuo un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un mayor sentido en la vida (Vivaldi & Barra, 2012). Y la evidencia empírica sugiere que las mujeres tienen ventaja en el establecimiento de nuevos vínculos. Por lo tanto, estos resultados contradicen los estereotipos de que las mujeres tienen redes más cercanas y centradas en el parentesco que los hombres. Por otro lado, Fischer & Beresford (2015) demostraron que los hombres y las personas con menor nivel educativo se vuelven aún más desfavorecidos con el apoyo social con la edad. La tendencia de los hombres a mantener menos relaciones y confiar en sus esposas como su principal proveedor de apoyo social los deja vulnerables, porque cuando las relaciones íntimas han sido interrumpidas, por separación, divorcio o muerte, por ejemplo, las consecuencias sociales para los hombres mayores pueden ser mayores que para la mujer (McLaughlin et al., 2010), ya que para ellos la falta de pareja y una red social pequeña se relaciona con el inicio de la depresión, mientras que en ellas es la necesidad de afiliación o el deseo de tener amigos, establecer relaciones recíprocas, o cooperar con los demás (Sonnenberg et al., 2013).

Varios factores no medidos pueden ayudar a explicar estas diferencias halladas: determinadas situaciones sociales, culturales y demográficas. Entre ellas pueden mencionarse por ejemplo que, en la actual generación de personas mayores, mientras las mujeres han estado más dedicadas a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos, en los hombres la actividad laboral ha sido más central. Esta situación ha brindado a las mujeres la oportunidad de desarrollar roles más variados y en espacios más diversos que además son más factibles de ser continuados en la vejez. Por el contrario, en los hombres, la jubilación produce un cambio de roles más marcados lo que dificulta la continuidad de ciertos vínculos. Quizás esta misma situación proporcione más herramientas a las mujeres para explorar nuevos espacios de socialización en la vejez y construir nuevos vínculos. Por ejemplo, son las mujeres las que utilizan en mayor proporción los espacios recreativos, de formación y de desarrollo personal que se proponen para las personas mayores y a su vez, han demostrado constituir oportunidades de establecer nuevos vínculos y de participación social. A partir de lo expresado anteriormente, puede pensarse que éstas y otras diferencias entre los recursos de apoyo social de los que disponen los varones y las mujeres en la vejez puedan ser en gran parte mediada por efectos de cohorte o generacionales y que por lo tanto presenten cambios en las nuevas generaciones de adultos mayores que están por venir.

La segunda de las hipótesis propuestas, la H3.1.1.2, planteaba que no habría diferencias significativas entre hombres y mujeres en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida. En relación a este supuesto, los resultados obtenidos nos permiten afirmar que esta hipótesis se confirma para esta muestra de personas mayores. Primero, no encontramos diferencias de sexo claras en los análisis multivariados para la Satisfacción con la vida y Bienestar psicológico. Resultado que es congruente con los obtenidos por diversos autores donde tampoco encontraron diferencias de sexo/género en la Satisfacción con la vida (Berg et al., 2006; Carrillo, Etchemendy, & Baños, 2018; Gutiérrez et al., 2014; Meggiolaro & Ongaro, 2015).

En cambio, difiere del resultado obtenido en el *Estudio longitudinal inglés del Envejecimiento* (ELSA) por Vanhoutte y Nazroo (2014), en el cual observaron que en relación al género, el bienestar y la etapa de la vida: los hombres tienden a tener un mayor nivel de bienestar que las mujeres y el bienestar es menor en la cuarta edad que en el tercera edad, es decir, en los más mayores. Aunque muy probablemente, según los autores, estas diferencias entre sexos en bienestar, puedan ser debidas a desigualdades existentes en el nivel

socioeconómico y de salud entre hombres y mujeres y que afectarían a su calidad de vida (Jivraj & Nazroo, 2014). También se contradice en parte, con el metaanálisis de Pinquart y Sörensen (2001a), que hallaron que las mujeres mayores informaron de un bienestar subjetivo significativamente más bajo que los hombres, aunque el tamaño del efecto del género fue solo del 1%. Estos autores, sin embargo, finalmente demostraron que cuando se controla estadísticamente el estado civil (especialmente la viudedad), la salud y el nivel socioeconómico, disminuyen las diferencias de género en bienestar subjetivo. Porque, en general, un problema que reiteradamente subraya la literatura científica al respecto de las diferencias entre sexos en bienestar, se refiere al hecho de que los determinantes de la satisfacción con la vida pueden diferir según la edad, el sexo, las condiciones de vida y el contexto cultural. Y que los factores sociodemográficos están estrechamente interrelacionados entre sí, con lo cual es necesario aclarar su efecto real sobre la satisfacción con la vida.

Así, con respecto a la influencia del género en el bienestar subjetivo, algunos investigadores han argumentado que hay diferentes patrones de variables asociadas con la satisfacción vital en función del sexo en las personas mayores. Principalmente porque las diferencias en la socialización pueden llevar a diferencias entre sexos en relación a las metas, valores y expectativas y por lo tanto, en las fuentes de satisfacción con la vida (Meggiolaro & Ongaro, 2015). Es decir, que los predictores de la satisfacción con la vida y las fuentes de bienestar para hombres y mujeres mayores pueden variar y ser diferentes, tener diferentes significados, debido a que están fuertemente vinculados al contexto sociocultural y a realidades socialmente construidas como los estereotipos de género que sirven para definir metas y expectativas para ambos sexos (Bai, Guo, & Fu, 2018; Berg et al., 2006; Bourque, Pushkar, Bonneville, & Béland, 2005; Gaymu & Springer, 2010; Kolosnitsyna, Khorkina, & Dorzhiev, 2017; Pinquart & Sorensen, 2000). De hecho, la literatura existente sugiere una fuerte relación entre el nivel socioeconómico y la satisfacción con la vida más para los hombres que para las mujeres, y la mayor importancia de la integración social o apoyo social, así como la capacidad funcional, para la satisfacción con la vida de las mujeres mayores (Della Giusta et al., 2011; Meggiolaro & Ongaro, 2015).

Otra posible explicación de las posibles diferencias entre sexos cuando éstas aparecen en satisfacción con la vida son los roles de género, pues éstos, como construcción sociocultural se basan en los estereotipos de género (creencias que se comparten socialmente y que se vinculan al hecho de atribuir cualidades a los seres humanos en base a su sexo biológico al

que pertenecen: esto sería la femineidad para ellas y la masculinidad para ellos). En relación a esto, el modelo de androginia de Bem (1974), sostiene que a medida que envejecemos la identidad de género se vuelve menos fija y exhibimos niveles crecientes de androginia (altos niveles de rasgos masculinos, instrumentalidad, como también de rasgos femeninos, expresividad), y que ambos son esenciales para el ajuste óptimo ya que conducen a un mayor bienestar psicológico tanto para los hombres como para las mujeres a cualquier edad. Autores como Gale-Ross, Baird y Towson (2009) en base a este supuesto de Bem, estudiaron las relaciones entre los roles de género y la satisfacción con la vida en las personas mayores. Hallando cierto apoyo empírico al modelo de androginia de Bem: para las mujeres mayores clasificadas como andróginas, el rol de género se relacionaba significativamente con el bienestar general y la satisfacción con la vida, pero no es así para los hombres. El bienestar general de los varones no difería significativamente por su rol de género. Eso no quiere decir que todos los mayores lleguen a un punto en el que igualmente se suscriban a rasgos instrumentales y rasgos expresivos de personalidad. Más bien, los hombres continúan respaldando significativamente más rasgos instrumentales que las mujeres; es sólo que las mujeres cada vez más respaldan más rasgos instrumentales a medida que envejecen. Lo contrario probablemente también sea verdad para los hombres y la expresividad. En resumen, los individuos andróginos obtuvieron en general una puntuación de satisfacción vital más alta que otras orientaciones de roles de género (Gale-Ross et al., 2009; Kelly & Shane, 2017; Matud, Bethencourt, & Ibáñez, 2014).

Por otro lado, aunque en esta investigación no se han evaluado los roles de género como posibles predictores del envejecimiento con éxito, quizás éstos pueden mediar e influir en cierta medida en los niveles similares en bienestar subjetivo entre sexos, tal y como se ha demostrado recientemente en diversos estudios (Gale-Ross et al., 2009). En particular porque muchos de las personas mayores que han participado en esta investigación pertenecen a la generación de *baby-boomers*, una generación que ha vivido los avances en la ciencia, la tecnología y los movimientos feministas que han favorecido la participación socioeconómica, cultural y política de la mujer, lo que ha provocado también cambios radicales en el rol tradicional de ambos sexos, permitiendo y promoviendo a su vez nuevas alternativas de distribución equitativas de las tareas domésticas, la crianza y laborales, de los cuales se desconocen el nivel de satisfacción que generan estos cambios. También esta ausencia de diferencias de sexo encontradas en la Satisfacción y el Bienestar psicológico, pueda deberse al perfil de esta muestra, pues se trata de un grupo de personas mayores que es bastante

homogéneo y que presenta ciertas singularidades que lo diferencia con respecto a la población general de personas mayores: se caracterizan por tener un alto nivel educativo, con un relativo buen nivel económico, mayoritariamente casados, con buena salud, participativos y activos. Es posible que estos factores, que también se han asociado con roles de género menos tradicionales y más igualitarios, haya contribuido a no detectar diferencias de sexo en este grupo de variables dependientes. Ya que, por ejemplo según Perales et al. (2014) que investigaron los correlatos del Envejecimiento Activo en tres países europeos (España, Polonia y Finlandia), concluyeron que los factores más importantes considerados como componentes del Envejecimiento Activo fueron la educación, el estado civil y la ocupación en todos los países y que el género en particular, y la urbanicidad no se asociaron con el envejecimiento activo a excepción de España donde los hombres obtuvieron puntajes más altos en Envejecimiento Activo, mientras que no hubo asociación de género en los otros dos países, quizás por ser países con sociedades más igualitarias respecto al género.

En lo que atañe al Bienestar Psicológico, es interesante reseñar que, a pesar de que los análisis multivariados no han permitido detectar diferencias de sexo en el Bienestar y Satisfacción evaluadas conjuntamente, cuando se analizaron los efectos principales del Sexo en las variables independientes por separado, surgió una diferencia estadísticamente significativa para el factor Dominio del entorno del Bienestar Psicológico: los hombres puntúan significativamente más alto. No obstante, en general, la literatura revisada en relación a este constructo (Bienestar Psicológico), entendido como funcionamiento positivo autonomía, placer y autorrealización, muestra diferencias de sexo/género pequeñas o prácticamente insignificantes, en la línea de los obtenidos en nuestros resultados. Por ejemplo, en el estudio de Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez (2016), donde se evaluó las diferencias de sexo en el Bienestar Psicológico utilizando también la Escala de Ryff, entre jóvenes, adultos y personas mayores, encontraron efectos de interacción entre el sexo y la edad: concretamente, en Autoaceptación, Crecimiento personal y Dominio del entorno. En este estudio mencionado en cuanto a la dimensión de Dominio del entorno, tanto los hombres como las mujeres mantienen de forma estable sus puntuaciones a lo largo del ciclo vital; no obstante, las mujeres puntúan más alto que los hombres en la etapa de juventud, mientras que en la adultez y la adultez mayor, son los hombres los que obtienen mayores puntuaciones.

En nuestro estudio, también se ha detectado una diferencia estadísticamente significativa en este factor aunque de pequeña magnitud, siendo los hombres mayores quienes más alto

puntúan, al igual que en la investigación de Mayordomo et al. (2016) y también con la de Vivaldi y Barra (2012), en donde los hombres en general manifestaron mayor nivel de bienestar psicológico global.

Por lo tanto, los hombres mayores que han participado en nuestro estudio, perciben una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten más capaces de influir sobre el contexto ambiental que las mujeres. Este resultado puede estar probablemente también relacionado con los roles e identidades de género y también los efectos de cohorte. Las mujeres de esta generación de personas mayores estudiada parten desde una posición desfavorecida, pues los roles de género tradicionales, como construcción social, han conformado las relaciones de poder y la posición de privilegio de los hombres y que subyacen a muchas de las desigualdades de género, tales como: la mayor inseguridad financiera en la vejez para las mujeres mayores, las mujeres realizan la mayoría del trabajo de cuidado no remunerado en todos los grupos de edad, las mujeres sufren tasas más altas de enfermedades crónicas, etc. En ese sentido, cabe la posibilidad que los hombres a lo largo de su trayectoria vital puntúen más en Dominio del entorno como resultado de una posición de privilegio mantenida en la sociedad, pues al experimentar mayor reconocimiento en el ámbito público tienen una mayor habilidad y control para condicionar el mundo que les rodea y se sienten capaces de influir sobre este contexto ambiental, es decir, habilidades que se asocian con el locus de control interno y la alta autoeficacia así como a la motivación para actuar y desarrollarse.

En definitiva, y de acuerdo a la información revisada y los resultados obtenidos, podemos decir que el Sexo no constituye un factor que contribuya a predecir el bienestar personal de las personas mayores. En este sentido, las diferencias que pudieran encontrarse entre hombres y mujeres en cuanto al bienestar personal, están asociadas a la influencia producida por otras variables y no necesariamente por el sexo o el género.

En tercer lugar, la tercera hipótesis de este bloque de análisis para detectar las diferencias de Sexo en el grupo de variables que miden aspectos de la Salud (H3.1.1.3), en un principio se esperaba que las mujeres mostraran peor salud percibida, mayor depresión y más conductas de Autocuidado. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de partida, aunque con ciertos matices, ya que sólo se observaron diferencias en Depresión y en el factor Autocuidado interno, mientras que en Salud percibida y en Autocuidado físico y social son

similares para ambos sexos. Siendo el efecto del Sexo en este caso de mayor magnitud que en el resto de indicadores evaluados.

En relación con la Depresión, nuestros datos están en la línea de los obtenidos por una gran mayoría de estudios que muestran una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres que entre los hombres (Alvarado et al., 2007; Tiedt, 2010, 2013, Zunzunegui et al., 2007, 1998). Así, en la investigación de Escobar, Botigué, Jürschik, Nuin y Blanco (2013) con una muestra española de personas mayores, las mujeres tenían un mayor riesgo de síntomas depresivos (40.3%), y casi duplicaron las tasas de prevalencia en depresión que los hombres (22.8%), incluso después de ajustar los factores sociales o demográficos y el estado de salud. En esta investigación se encontró que para las mujeres mayores, los factores que más protegían de los síntomas depresivos fue un mayor nivel educativo, mientras que para los hombres el principal factor protector fue la presencia de una pareja. Por el contrario, en otras investigaciones no se han observado diferencias entre sexos en depresión (Djukanović et al., 2015; Pachana et al., 2012; Urbina et al., 2007).

En general, la depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero esta brecha de género disminuye con la edad de tal manera que según los ámbitos puede igualarse. Esta congruencia entre hombres y mujeres puede reflejar cambios en la identidad de género asociados con la edad o bien, de la disminución de la valencia emocional de algunos roles sociales. De hecho, los resultados obtenidos de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), indican que el número de síntomas depresivos aumenta con la edad para ambos sexos y que son más altos entre las mujeres que entre los hombres, pero cuando se controlan estadísticamente otras variables (otras características sociodemográficas, las condiciones de salud y la situación económica), la asociación entre los síntomas depresivos y la edad desaparece para los hombres, e incluso revierte para las mujeres (Buber & Engelhardt, 2011). Incluso en otros estudios se ha encontrado que los participantes masculinos tenían un mayor riesgo de reportar aumentos en la sintomatología depresiva a medida que estaban más próximos de la muerte (Buber & Engelhardt, 2011; Burns et al., 2013). Por lo tanto, probablemente sean las desigualdades sociales existentes entre hombres y mujeres (económicas, de salud, discapacidad, educativas, etc.), el origen de la mayor presencia de sintomatología depresiva en las mujeres (Khalaila, 2016; Portellano-Ortiz, Garre-Olmo, Calvó-Perxas, & Conde-Sala, 2018; Serafetinidou & Verropoulou, 2019).

También se ha especulado que entre las posibles explicaciones de la brecha de género en depresión están, por un lado las influencias genéticas o biológicas: la heredabilidad de la depresión es mayor en mujeres que en hombres (Kendler, Gardner, Neale, & Prescott, 2001), pero también se ha atribuido a influencias ambientales o contextuales como ya se ha comentado, tales como las condiciones socioeconómicas (Jeon, Jang, Rhee, Kawachi, & Cho, 2007; Zunzunegui et al., 2007). Las mujeres a lo largo de su vida están más expuestas a las desventajas sociales y materiales, y no necesariamente éstas son más vulnerables que los hombres a padecer depresión (Alvarado et al., 2007). En este sentido, los roles familiares que han tenido que desempeñar muchas mujeres y las oportunidades y déficits asociados con ellos, condicionan el acceso diferencial a la educación y el empleo o a trabajos poco valorizados socialmente tales como el cuidado, que podrían ser la causa de estas diferencias de sexo en depresión que la literatura científica revela (Tiedt, 2013). Otros como Melendez, Mayordomo, Sancho y Tomas (2012), han argumentado que estas diferencias entre sexos podrían ser explicadas además, por el hecho de que las mujeres tienden a tener estilos cognitivos más negativos y por un mayor uso de estilos de afrontamiento emocionales, los cuales poseen un carácter desadaptativo: las mujeres tienden a centrarse en las emociones, mientras que en los hombres el enfoque es más directo en la resolución del problema (Bjørkløf et al., 2013).

Evidentemente, en muchas sociedades las mujeres están más expuestas a eventos estresantes y factores de riesgo de depresión durante toda su vida y también pueden reaccionar de manera diferente a esos factores. La estratificación de género de muchas culturas y sociedades, sobre todo en aquellas con valores más tradicionales, y en donde el status de las mujeres se relaciona con menos poder, menor estatus social, menos oportunidades y recursos, aumentan su vulnerabilidad a la depresión y generan desigualdad. Además, los rasgos de personalidad, internalizados a lo largo de la vida por los roles de género, conducen a comportamientos individuales y posteriormente a resultados de salud, y es posible que la adopción de roles femeninos por parte de las mujeres puedan contribuir a la depresión. Por lo tanto, en la base de la depresión estarían también la influencia de los roles de género y los efectos de cohorte, relación que fue investigada por Vafaei, Ahmed, Falcão Freire, Zunzunegui y Guerra (2016), en cuyo estudio tanto en hombres como en mujeres, los roles de género estaban relacionados con la depresión y esta asociación era independiente del sexo, incluso después de controlar las variables socioeconómicas y del estado de salud. Argumentaron que si las diferencias de sexo/género en los síntomas depresivos se reducen en

la vejez, este cambio no puede atribuirse solo a las limitaciones funcionales, pues tanto los hombres y mujeres mayores están expuestos a distintas presiones a medida que envejecen. Por lo tanto, la principal causa de esta reducción en las diferencias de sexo en depresión puede ser debido a los profundos cambios de roles experimentados por los hombres en esta etapa vital y a los efectos generacionales (Barefoot et al., 2001; Pachana et al., 2012).

Así, por ejemplo, algunas investigaciones han encontrado que un alto grado de igualdad de género a nivel macro en la sociedad, se relaciona con niveles más bajos de depresión tanto en mujeres como en hombres y también está relacionado con una brecha de género más pequeña en sintomatología depresiva (Van de Velde et al., 2013). En concreto, los países del sur de Europa, como es el caso de España, uno de los países Europeos donde hay un mayor nivel de depresión en las personas mayores (Ploubidis & Grundy, 2009), se caracterizan por unos valores culturales más tradicionales basados en la familia. Con lo cual las personas mayores del sur de Europa tienen expectativas sobre la disponibilidad de apoyo familiar que solo se cumplen parcialmente debido a los cambios en la estructura familiar. En la mayoría de los países, el menor riesgo de depresión se asocia en ambos sexos con el matrimonio y la convivencia con una pareja, así como con una posición socioeconómica generalmente buena. En los países del sur de Europa, la vieja generación de personas mayores espera que sus hijos les brinden apoyo y los cuiden, en particular cuando lo necesitan debido a la mala salud o la soledad. Además en estos países hay una baja disponibilidad de pensiones públicas y cuando las hay son bajas. Esto contrasta con la población anciana del norte de Europa como en los Países Bajos o Suecia, que acepta que el Estado tiene la responsabilidad legal de su cuidado (Zunzunegui et al., 2007).

Por otro lado, indicar además que en nuestro estudio no se han podido detectar diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la Salud percibida, a pesar de que la literatura científica sobre este tema reiteradamente confirma que las mujeres reportan de una peor salud percibida en general. Por lo tanto, nuestros datos difieren de los encontrados por Morcillo (2017) sobre la salud percibida en población mayor española y en donde concluyó que ésta empeora con la edad, pero sólo en aquellas personas mayores menos longevas, en el sexo femenino y en aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una nueva variable intensamente relacionada, que es el nivel de dependencia o discapacidad. Datos que otros estudios también han corroborado, dado que generalmente las mujeres y las personas con menor nivel educativo tienen una mayor prevalencia de

discapacidad, limitaciones funcionales y mala salud, en comparación con los hombres y las personas con mayor nivel educativo (Jagger et al., 2011; Zunzunegui et al., 2006). Quizás, el hecho de que entre los participantes de nuestro estudio no se encontraran diferencias de sexo en salud percibida, puede ser debido a que se trata de una muestra de personas mayores muy activas socialmente, participativas, relativamente jóvenes (la media de edad es aproximadamente 63 años), los cuales, además, presentan buena salud y un nivel educativo alto, condiciones que probablemente expliquen la ausencia de diferencias en esa variable. Hay que tener presente, que en la vejez hay una importante variabilidad personal, por lo tanto una persona puede encontrarse en buenas facultades físicas e intelectuales, a pesar de la edad, de modo que la categorización de “viejo” corresponde más a una concepción social que a un verdadero sentir del ser humano.

La literatura existente no es concluyente en cuanto a si las diferencias de sexo/género en la salud son más pequeñas en las sociedades más igualitarias en relación al género (Dahlin & Härkönen, 2013). Incluso, es posible que la creencia común de que las mujeres siempre tienden a informar que tienen una salud peor, constituye un estereotipo de género, una idea preconcebida heredada de un modelo social anticuado, aunque sin ninguna base, comúnmente aceptada. Cualquier estereotipo, sin importar sus características, es irracional y puede suponer graves consecuencias negativas para los afectados. Como ya hemos comentado, los estereotipos de género definen el rol de una persona en función de su sexo y, con ello, están estableciendo las metas y expectativas sociales tanto del hombre como de la mujer. De este modo, se marcan una evolución y desarrollo diferentes desde la infancia, que dan lugar a situaciones de desigualdad y de discriminación. En este proceso no importa si se trata de un estereotipo positivo, negativo o neutro, porque de igual modo va a marcar las actitudes futuras de ambos géneros. Tal es el caso de la imagen de la mayor vulnerabilidad y fragilidad de la mujer mayor. Porque los estereotipos siguen persiguiendo a las mujeres mayores de 50 años, pero no obstante, las mujeres de hoy mayores de 50 años son independientes, se sienten a gusto consigo mismas, se cuidan y son activas.

La feminización de la población de personas mayores es un hecho a nivel mundial: en todos los países, las mujeres viven más que los hombres y en alguno de ellos con mucha diferencia de tiempo. El envejecimiento femenino merece especial análisis por sus profundas repercusiones: la edad multiplica y agrava la discriminación en la mujer pues se encuentran en desventaja frente a los varones. La mala salud, los estereotipos negativos y los obstáculos a la

participación son elementos que contribuyen a marginar a las personas mayores, en particular a las mujeres mayores. El contexto histórico también es fundamental para comprender las trayectorias de salud de mujeres y hombres, que no son uniformes en todas las cohortes. Así, la brecha de género en salud es mayor en las cohortes de personas mayores más antiguas (nacidos entre 1924 y 1933) que en las actuales generaciones de personas mayores (Etherington, 2017).

Por último, si nos atenemos a la variable Autocuidado, los resultados obtenidos reflejan la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres, tan solo en el factor de Autocuidado interno: las mujeres efectúan más conductas o comportamientos relacionados con el Autocuidado interno que les ayudaría a equilibrar las emociones y mantener la mente sana. Este resultado está en la línea del que obtuvieron Galiana, Oliver, Sansó y Benito (2015) mediante dicha escala, cuando se examinaron los niveles de autocuidado en profesionales de cuidados paliativos, en donde las mujeres (aunque no eran personas mayores) mostraron mayores niveles de autocuidado interno y social. Este resultado que hemos obtenido se puede relacionar con los mayores niveles de sintomatología depresiva que experimentan las mujeres en esta muestra, dado que es lógico que al presentar mayores síntomas depresivos sientan a su vez la necesidad de adoptar comportamientos que les ayude a equilibrar la mente y las emociones como mecanismo de compensación en su afrontamiento satisfactorio del envejecimiento. Se podría considerar como una forma de comportamiento o una conducta resiliente para compensar el malestar emocional causado por una mayor presencia de sintomatología depresiva en ellas. El término “resiliencia” tiene una variedad de significados en la literatura, pero, en términos generales, se refiere a la adaptación positiva frente a la adversidad. En este sentido, existe una correspondencia considerable entre la resiliencia y el envejecimiento exitoso, es decir, la resiliencia es un recurso interno que permite afrontar la adversidad y lograr adaptarse bien ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo (Jeste et al., 2013). En concreto, en las personas mayores se ha demostrado que ante los factores estresantes de la vida diaria, la alta resiliencia está asociada con un mayor bienestar y mejor afecto (Fastame, Hitchcott, Mulas, Ruiu, & Penna, 2018; Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006) y por lo tanto, en este sentido, las mujeres mayores que han participado en esta investigación, están en ventaja respecto a los hombres en su logro de envejecimiento activo, saludable y exitoso porque se cuidan más a nivel emocional y mental, controlando sus pensamientos y emociones.

Además, este hallazgo se ajusta al planteamiento teórico propuesto en el Modelo Integral de Adaptación Proactiva del Envejecimiento Exitoso elaborado por Kahana, Kahana y Lee (2014) en donde encontramos que los comportamientos de promoción de la salud (donde englobaríamos el Autocuidado), es una adaptación conductual proactiva y preventiva que podría ayudar a las personas mayores a activar recursos y participar en actividades compensatorias que contrarresten los efectos adversos de los factores estresantes, es decir, comportamientos compensatorios y acciones preventivas que son compatibles con las nociones de autorregulación y están destinadas a disminuir los factores estresantes y desafíos asociados con el envejecimiento.

En general, la investigación sobre el autocuidado indica que el género, la edad, el estado de salud y estado socioeconómico son factores importantes que dan forma y limitan la participación en diversas prácticas de salud. Por ejemplo, las mujeres tienden a emplear el autocuidado con mayor frecuencia que los hombres, un hecho que se ha atribuido al mayor conocimiento de las mujeres sobre la salud y las prácticas de salud alternativas, así como a su socialización de género, que fomenta una mayor capacidad de respuesta a la enfermedad (Clarke & Bennett, 2013; Grzywacz et al., 2012). Así, una mayor edad se asocia con una menor capacidad de autocuidado en general, pues a medida que avanza la edad hay un mayor deterioro físico y de la salud. Por otra parte, las mujeres implementan más conductas de autocuidado que los hombres. Esto puede ser debido a que el papel asignado a las mujeres en la sociedad, especialmente aquellas con roles más tradicionales, es el de las personas que brindan atención a otros. Por lo tanto, tienen experiencia y habilidades en el cuidado personal. También se ha argumentado que son más sensibles a los cambios y tratan de mantenerse en una condición o estado saludable, para precisamente seguir cuidando de los otros. Autores como Clarke & Bennett (2013), concluyeron en su estudio que el autocuidado es una responsabilidad moral que responde a distintas motivaciones según el género: mientras que los hombres tendían a enfatizar la importancia del autocuidado para el logro de los ideales masculinos de control e invulnerabilidad, las mujeres sugirieron que el autocuidado les permitía mantener las normas femeninas de desinterés y sensibilidad a las necesidades de los demás, es decir para cuidar de otros.

Finalmente, y el último lugar, respecto a la H3.1.1.4, los resultados obtenidos nos revelan diferencias de Sexo en Soledad y Aislamiento, es decir, que la percepción subjetiva de soledad difiere entre hombres y mujeres mayores cuando se consideran simultáneamente ambas, es decir, la soledad objetiva de vivir solo (aislamiento social) y la subjetiva de sentirse

solo, evidenciando diferencias entre sexos en la evaluación de dicha experiencia. Por lo tanto, podemos confirmar la hipótesis de partida que hemos planteado. Sin embargo, tras los análisis univariados posteriores para determinar entre qué factores en concreto se dan estas diferencias, se han hallado resultados contradictorios, pues no hemos podido determinar con seguridad que las mujeres manifiesten mayor soledad que los hombres, sino más bien que las causas o motivos de la experiencia de soledad difiere entre sexos, no así el sentimiento de tristeza, desaliento, melancolía o de vacío profundo que se tiene por la percepción de relaciones sociales deficitarias.

Por una parte, en nuestro estudio los hombres experimentaron mayor soledad social que las mujeres (Escala de Soledad DJGLS), es decir, soledad producida por el deseo de contar con alguien en caso de necesidad o como resultado de la diferencia entre las relaciones sociales que desea el individuo y las que presenta en realidad. Resultado que está en la línea del obtenido en la investigación de Dahlberg & McKee (2014), donde ser hombre era uno de los correlatos que predicen la soledad social. También nuestro resultado es similar al obtenido por otros autores que observaron diferencias de género consistentes: los hombres de edad avanzada, independientemente de su estado civil, tienden a otorgar mayor importancia a tener pareja que las mujeres y tienden a tener redes de apoyo más pequeñas, así como niveles más altos de soledad social (Dahlberg et al., 2015; Dahlberg & McKee, 2014; Dykstra & Fokkema, 2007). Además señalan diferencias de género en la incidencia del sentimiento de soledad, con una especial fragilidad de los varones para combatirlo (López-Doblas & Díaz-Conde, 2018).

Por otra parte, nuestros datos muestran que las mujeres refieren mayor sensación de soledad percibida en el factor aislamiento social (UCLA-3) que los hombres, es decir, sentirse solas como consecuencia de los déficits relacionales, bien por la falta de contactos sociales o bien porque estos son insuficientes, principalmente debido a la pérdida de una red de apoyo social y de vivir solas. Dicho resultado, a su vez es consistente con los encontrados por Losada et al. (2012), con una muestra española de personas mayores, donde el porcentaje de personas que informaron sentimientos de soledad fue del 23.1%, y en donde los predictores más significativos de sentimientos de soledad fueron: ser mujer, ser mayor, vivir solo, tener menos recursos económicos, tener una menor percepción de salud y estar insatisfecho con la frecuencia de contacto con familiares y amigos. También nuestros datos son compatibles con la investigación de Domènech-Abella, Lara, et al. (2017), los cuales analizaron una muestra

representativa de la población de 3535 adultos de 50 años y más de España y en donde la soledad se evaluó también mediante la Escala de Soledad de UCLA. Dichos autores mostraron que los sentimientos de soledad eran más frecuentes en las mujeres, las que eran más jóvenes (50-65), solteras, separadas, divorciadas o viudas, que vivían en un entorno rural, con una menor frecuencia de interacciones sociales y redes sociales más pequeñas y con depresión mayor.

En cambio, nuestro hallazgo de diferencias de sexo en Soledad se contradice con el estudio de Ayala et al. (2012), el cual fue realizado también en una amplia muestra de adultos mayores no institucionalizados en España y donde también usaron la Escala de Soledad de De Jong-Gierveld, y en el cual no se detectaron diferencias de sexo en soledad, aunque sí en función del estado civil, la forma de vida (vivir solo/a o no) y el nivel de discapacidad. Tampoco se detectaron diferencias entre hombres y mujeres en la investigación de Velarde-Mayol, Fragua-Gil y García-de-Cecilia (2016), cuyo fin fue evaluar la soledad objetiva de vivir solo y la subjetiva de sentirse solo y en la que también se administró una versión de la a Escala de soledad de UCLA como medida global de la sensación de soledad. En relación a la soledad objetiva, dichos autores descubrieron que en España, una de cada 4-5 personas mayores de 65 años vive sola y fundamentalmente son mujeres, casi triplicando a los hombres que viven solos. La causa principal fue por la pérdida del cónyuge.

A este respecto, diversos estudios han señalado que, en general, la prevalencia de soledad autorreportada muestra poca diferencia entre hombres y mujeres mayores de 65 años, pues cuando se controlan otras variables de confusión como el estado civil, la edad o la forma de vida (en particular si se vive solo o con otras personas), las diferencias entre sexos desaparecen, desafiando el estereotipo de que la soledad es una experiencia específicamente femenina (Aartsen & Jylhä, 2011; Victor et al., 2006).

En realidad, tal y como indican Pinqart & Sørensen (2001a), podemos decir que la investigación previa sobre el efecto del género en la soledad es mixta y que las diferencias de sexo en esta variable se pueden explicar como una función del tipo de medida utilizada para evaluar la soledad. En la escala de soledad de UCLA, la palabra “soledad” nunca se usa. La soledad se evalúa indirectamente (Neto, 2014). Dado que cuando se utiliza una evaluación directa de la soledad, como en los estudios revisados por Victor y Yang (2012), los niveles de soledad son más altos para las mujeres que para los hombres independientemente de la edad. Sin embargo, cuando la soledad se evalúa indirectamente, en general, no se encuentran las

diferencias de género (Neto, 2014) o bien los niveles de soledad son más altos para los hombres como sugieren diversos estudios (Hawkley et al., 2008; Koc, 2012).

Quizás la mayor incidencia de soledad entre las mujeres que frecuentemente la literatura señala, puede explicarse por la distribución desigual de los factores de riesgo entre hombres y mujeres (por ejemplo: las mujeres enviudan con mayor frecuencia), y a que la soledad está influenciada por eventos y experiencias vitales que influyen de manera diferente en la soledad en hombres y mujeres (Nicolaisen & Thorsen, 2014). En este sentido, las mujeres pueden estar en mayor riesgo de soledad ya que tienen una esperanza de vida más larga que los hombres y, por lo tanto, es más probable que experimenten pérdidas en sus redes sociales. Además, las mujeres pueden admitir más fácilmente sus sentimientos de soledad en comparación con los hombres, lo que puede ayudar a explicar los niveles más altos de soledad observados (Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman, & Shalom, 2016). Por ejemplo, la viudez, la depresión y los problemas de movilidad predicen la soledad en las mujeres, mientras que la reducción y el bajo nivel de contactos sociales predicen la soledad en los hombres (Dahlberg et al., 2015), así las diferencias de género en la soledad se deberían a las desigualdades en la prevalencia y los predictores de la soledad, y no en los niveles subjetivos de soledad.

Además, en España, según informa Buz y Pérez-Arechaederra (2014), la experiencia de soledad parece depender del género y de la forma de vida. La realidad es que la soledad como problema, al menos en España, tiene nombre y rostro de mujer. La mayoría de las mujeres mayores que viven solas (76.9%) son viudas. Se explica por la mayor esperanza de vida femenina (Abellán et al., 2018). Pero esta tendencia cambiará algo en los próximos años, pues habrá una nueva soledad, la de quienes envejecen divorciados o solteros y también se espera que los varones serán más longevos. Al final también estarán más solos.

El funcionamiento diferencial asociado al sexo en relación con la soledad que se observa puede ser debido a factores contextuales pues deja entrever distintas formas de interacción social y de experimentar la soledad: en los hombres, la soledad parece depender de la percepción de relaciones insuficientes con amigos, mientras que en las mujeres la soledad se vive como una emoción negativa resultante de la falta de personas próximas (Buz y Pérez-Arechaederra, 2014). Además, en España, a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos, el estilo de vida está más orientado a la familia y el apoyo familiar que esta proporciona es distinto, las relaciones con los miembros de la familia están determinadas por obligaciones mutuas; las personas mayores esperan recibir apoyo instrumental de ellos. Sin

embargo, en el norte de Europa, la independencia es muy valorada y la intimidad y cercanía se muestran principalmente al confiar en asuntos personales (Fokkema & Liefbroer, 2008; Sánchez, De Jong Gierveld, & Buz, 2014). En los países del norte de Europa las personas mayores tienden a ser menos solitarios que en los países del sur de Europa, más familiarizados (Dykstra, 2009), de modo que en los países del norte de Europa, la soledad es la misma para los que viven solos y para los que viven acompañados (Sánchez, De Jong Gierveld & Buz, 2009b), porque vivir solo está muy aceptado culturalmente y no tiene connotaciones negativas.

Estas sutiles diferencias de género detectadas entre los participantes en este estudio, puede ser explicada también por los efectos de cohorte, ya que en esta generación de personas mayores, la influencia de los roles tradicionales de género están más arraigados: los hombres y las mujeres típicamente enfrentaron limitaciones y oportunidades-empleo, matrimonio, crianza de los hijos que estructuraron sus lazos sociales de una manera que aventajaba a los hombres. En la vejez, a medida que estos roles formales se desvanecen o se vuelven menos determinantes, la sociabilidad generalmente más grande de las mujeres (ya arraigada en la biología, la niñez y/o la cultura) y los vínculos que habían construido fuera del trabajo se vuelven cada vez más importantes. Lo que sugiere que las conexiones sociales y las habilidades sociales que las mujeres desarrollan en la mediana edad les permiten mantener o incluso extender sus vidas sociales cuando se encuentran en esta etapa vital, lo que les permite afrontar los sentimientos de soledad asociados a una mayor probabilidad de vivir en soledad (dada su mayor longevidad y a la viudez). En cambio, esta situación los hombres mayores la experimentan de una manera más difícil al carecer de menos Recursos Sociales (Fischer & Beresford, 2015), y son por tanto más vulnerables a las relaciones sociales deficientes o insuficientes y a la falta de apoyo social (Holt-Lunstad et al., 2015). La soledad y la depresión frecuentemente asociada a ella, son predictores importantes de muerte prematura en hombres mayores. La depresión grave tiene una fuerte asociación con el exceso de mortalidad en los hombres mayores que estaban solos, lo que indica una combinación letal en este grupo (Holwerda, Van Tilburg, et al., 2016).

En la vejez es cuando se produce cada vez más el fenómeno de la soledad no deseada por parte de las personas mayores. Para hablar de la soledad en las personas mayores, es necesario distinguir entre la decisión voluntaria de una persona de vivir sola o de realizar actividades solas, y el sentimiento negativo asociado a la falta de relaciones sociales y apoyo emocional.

Así pues, la soledad es un sentimiento subjetivo negativo que incide en la percepción de vida de las personas mayores, en sus relaciones, su autoestima, bienestar y su calidad de vida. El aislamiento social y la soledad son factores de riesgo para una deficiente salud mental y física y por lo tanto influye en el bienestar y en el logro de envejecimiento con éxito.

### 10.1.2. Relaciones entre el Estado Civil y el envejecimiento con éxito

**Objetivo específico propuesto:**

OE3.1.2. Analizar las relaciones entre el Estado Civil y el envejecimiento con éxito.

**Hipótesis planteadas:**

H3.1.2.1. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Recursos Sociales.

H3.1.2.2. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Bienestar y Satisfacción con la vida.

H3.1.2.3. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Salud.

H3.1.2.4. Habrá diferencias en función del Estado Civil en Soledad y Aislamiento social.

De todas las hipótesis planteadas sobre este tema, tan sólo se han podido confirmar completamente dos: La H3.1.2.2 y la H3.1.2.4. Por una parte, las personas casadas manifiestan un mayor Bienestar y Satisfacción vital que las que no están casadas actualmente, y por otra, las personas mayores casadas experimentan menos Soledad y percepción de Aislamiento social. Además el tamaño del efecto del Estado Civil sobre la Soledad y Aislamiento social es de mayor cuantía que sobre los niveles de Bienestar y Satisfacción vital. A diferencia de lo que se esperaba, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el Estado Civil y los Recursos sociales (H3.1.2.1.), ni tampoco entre las variables que evalúan la Salud (H3.1.2.3): Salud percibida, Depresión y Autocuidado. Aunque si se hallaron diferencias significativas marginales en los análisis univariados para la Salud percibida que consideramos importante reseñar. Por tanto, la H3.1.2.3 se cumplió parcialmente.

En relación a la H3.1.2.2., nuestros resultados coinciden con la mayoría de estudios sobre este tema, según los cuales el Estado Civil constituye uno de los predictores para el envejecimiento con éxito y en particular el matrimonio es uno de los mayores predictores de

la Satisfacción con la vida (Domènech-Abella, Perales, et al., 2017; Gray et al., 2011; Manzoli, Villari, Pirone, & Boccia, 2007; Meléndez, Navarro, Oliver, & Tomás, 2009; Perrig-Chiello et al., 2016; Polizzi & Arias, 2014; Spahni et al., 2016; Waddell & Jacobs-Lawson, 2010). En concreto, nuestros datos están en la línea de la investigación de Meléndez et al. (2009) donde se evaluó las influencias de las variables edad, sexo, nivel de estudios y estado civil en personas mayores de la provincia de Valencia en su nivel de satisfacción vital. En dicho estudio, tanto el estado civil como el nivel de estudios fueron los que más efecto tuvieron en la satisfacción vital, en particular, el grupo de los viudos es el menos satisfecho, mientras que los casados ocupan el nivel más alto. En relación al nivel de estudios, aquellos con un nivel más bajo obtienen una menor satisfacción vital. Ni la edad, con la categorización aplicada, ni el género, mostraron efecto significativo sobre la satisfacción vital. Además, en nuestro estudio, el hecho de que de entre todas las dimensiones de satisfacción vital sea especialmente significativa la dimensión pasada es interesante, pues este matiz revela que las personas solteras, divorciadas o viudas están menos satisfechas con su pasado, posiblemente por haber vivido momentos de infelicidad al haber experimentado la pérdida de un ser querido o haber vivido un duelo, experiencia tan dura que la mente humana necesita un tiempo considerable para asimilarla.

En lo referente al Bienestar Psicológico, los resultados obtenidos están en la línea de los que observaron Vivaldi y Barra (2012), en donde las personas mayores casadas o que tienen pareja informaron de un mayor nivel de bienestar psicológico global que los que se encontraban sin pareja. Sin embargo, los tamaños de los efectos fueron, en general, bastantes bajos, alcanzando la significación fundamentalmente los efectos aislados de los factores. En nuestra investigación, al examinar las dimensiones del Bienestar Psicológico, se observaron que existen diferencias significativas entre ambos grupos (casados y resto) sólo en Autoaceptación, Propósito de vida, Dominio del entorno y Relaciones positivas con los demás. Los casados tienen una visión más positiva de sí mismos y mayor autoestima, se sienten más capaces de influir en el entorno y de manejar situaciones complicadas, más capacitados para tener relaciones satisfactorias con los demás y encuentran un mayor significado a su vida. Estos resultados encontrados coinciden con diversas investigaciones sobre este tema, como la de Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez, y Molina (2009), investigación de carácter transcultural realizada en dos muestras de personas mayores, una de la República Dominicana ( $N=1.296$ ) y otra de España ( $N=476$ ). Y también en la de Molina y Melendez (2006). En concreto, en este último estudio se halló que con respecto al Estado

Civil, las personas casadas frente a los solteras eran las que mayor dominio del ambiente y relaciones más satisfactorias con otros tienen. Por tanto, la función de apoyo del cónyuge nos parece determinante a la hora de analizar variables de tipo personal y de adaptación en el envejecimiento exitoso.

Por el contrario no es coherente, en parte, con la investigación longitudinal llevada a cabo por Hank y Wagner (2013), usando datos de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), en la cual llegaron a la conclusión de que aunque hay algún indicio del “efecto protector” del matrimonio, tener un compañero no contribuye *per se* a un mayor bienestar psicológico: solo aquellas personas que informaron también de satisfacción con el grado de reciprocidad en su relación obtuvieron un menor número de síntomas depresivos que sus contrapartes no casadas. De hecho, estos hallazgos son bastante estables, es decir, son válidos tanto para hombres como para mujeres, así como para varias cohortes, y no varían sistemáticamente entre países.

Especulamos que el matrimonio está relacionado principalmente con una evaluación más positiva de la propia vida en lugar de un mejor estado de salud, ya que en los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación en particular, el Estado Civil no tuvo un efecto directo en el conjunto de variables que evalúan cuestiones de salud y además se relaciona con la investigación longitudinal suiza de Kalmijn (2017) sobre este tema que cuestiona los hipotéticos beneficios del matrimonio en la salud.

En segundo lugar, respecto a la segunda de las hipótesis propuestas que ha resultado significativa, es decir, que aparecerían diferencias significativas en función del Estado Civil en Soledad y Aislamiento social (H3.1.2.4), encontramos que el Estado Civil surgió como un importante predictor de la soledad, con un tamaño del efecto de 4.1 % sobre este indicador. Resultado que es consistente con la investigación previa sobre este tema (Ausín, Muñoz, & Castellanos, 2017; Dahlberg, Agahi, & Lennartsson, 2018; Dahlberg & McKee, 2014; Dykstra & Fokkema, 2007; Luanaigh & Lawlor, 2008; Félix Neto, 2014; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005; Taube et al., 2013; Victor & Yang, 2012). Los análisis univariados posteriores revelaron que las personas solteras, divorciadas o viudas informaron de mayor soledad y aislamiento que las personas casadas, tal y como las investigaciones referentes a la soledad ha demostrado tanto en hombres como en mujeres (Cohen-Mansfield et al., 2016; Dykstra & Fokkema, 2007; Savikko et al., 2005). Este hallazgo parece indicar que el la pérdida de una figura de apego, como un cónyuge, puede aumentar el riesgo de

soledad y en cambio estar casado es un factor de protección contra los sentimientos de soledad, especialmente en las personas mayores.

Por lo tanto, los sentimientos de soledad pueden variar según el Estado Civil de la persona. A menudo, la soledad se asocia con el envejecimiento, pero su relación no es sencilla. La investigación previa ha demostrado que el Estado Civil es un factor importante para comprender la soledad en las personas mayores. Así, por ejemplo Basten (2016), analizó este aspecto en una muestra holandesa y su estudio permitió demostrar que el estado civil mostró un efecto indirecto sobre la satisfacción con la vida y los síntomas depresivos a través de la soledad emocional. Como hemos explicado en otros capítulos, la soledad social se refiere a la falta de sentimientos de integración social y la soledad emocional surge en ausencia de una figura de apego (Heylen, 2010). Debido a ello, puede ser importante que en las intervenciones sociales que intentan paliar los sentimientos subjetivos de soledad en las personas mayores deberían centrarse en aliviar la soledad emocional principalmente, para ser efectivos en la mejora del bienestar a edades avanzadas. Porque la soledad se refiere a una sensación subjetiva desagradable que surge de un desajuste entre el nivel deseado de relaciones sociales significativas de una persona y lo que ellos perciben que realmente tienen. Se trata de una experiencia subjetiva y no se puede entender completamente sin tener en cuenta las aspiraciones de las personas para sus contactos sociales (de Jong Gierveld et al., 2016). Además estar casado o tener una pareja estable o bien una figura importante de apego, puede ser un aspecto relevante que fomente también tener un propósito en la vida que ayude a su vez a mitigar la soledad, tener un impacto positivo en la salud y el bienestar. Pero todavía se han llevado a cabo muy pocas investigaciones sobre la soledad y el propósito de la vida en las personas mayores.

En relación con el debate anterior sobre la relación entre la Soledad y el Estado Civil, es llamativo que en nuestra investigación no se hayan detectado diferencias en base al Estado Civil en Recursos Sociales, tal y como a priori nos habíamos planteado en la H3.1.2.1. De hecho, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en este grupo de variables contrasta con los resultados que se han obtenido en otros estudios. Como por ejemplo, en la investigación de Vivaldi y Barra (2012), que mostró que las personas con pareja (casadas y convivientes) informaron de un mayor bienestar psicológico global y de mayor percepción de apoyo social que las personas sin pareja (solteras, separadas y viudas). En esta misma línea, Pinquart y Sörensen (2001a), señalaron que las personas mayores casadas poseen por parte de

su pareja un importante recurso de apoyo y validación, y por eso las personas divorciadas o solteras serían más propensas a enfermar y presentar mayores índices de mortalidad y accidentes que aquellas casadas. Por ejemplo, ciertos autores han demostrado que el efecto del apoyo social sobre la satisfacción con la vida, depende del Estado Civil: los mayores que están casados y tienen hijos se sienten más satisfechos, pero en concreto, el apoyo social del cónyuge o pareja tiene una mayor asociación con el bienestar positivo que con el apoyo social de los hijos adultos u otras personas (Okabayashi et al., 2004). Igualmente, en el estudio “Envejecer en Leganés” llevado a cabo por Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García de Yébenes (2006), utilizando datos de población mayor española y cuya finalidad fue la de evaluar los efectos de las relaciones sociales en la supervivencia y en el envejecimiento saludable y con éxito, se observó que la integración en las actividades de la comunidad donde vive la persona, la disponibilidad de un confidente o pareja, el tener contacto frecuente con la familia, así como mantener un papel activo en la vida familiar y con las amistades, ejerce un efecto beneficioso para el buen envejecimiento, de modo que las redes sociales desempeñan un papel importante en el logro de un envejecimiento exitoso.

La soledad y su relación con el escaso apoyo social ha sido un foco particularmente destacado en las investigaciones recientes sobre la salud física en las personas mayores (Hawkley & Cacioppo, 2010; Hawkley, Thisted, et al., 2010). Por ejemplo, dos revisiones meta-analíticas han resaltado que la soledad y el poco apoyo social se asocian con mayores tasas de mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015, 2010; Holwerda, Van Tilburg, et al., 2016). El apoyo social es un elemento protector de la salud en las personas mayores al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y a la satisfacción con la vida. Estos hallazgos encontrados en diversas investigaciones pueden explicar el por qué las personas sin pareja (solteras, separadas o divorciadas) perciben menor apoyo social, el cual sería un importante recurso de afrontamiento en el envejecimiento. El matrimonio y la valoración de estas relaciones como extremadamente íntimas o muy íntimas, son vínculos que poseen características de mucha cercanía y confidencialidad. Por su parte, la elevada frecuencia de contacto con la pareja posibilita que los apoyos que brindan estas personas estén disponibles y puedan ser efectivos cotidianamente.

Pero además numerosas investigaciones reiteran que el matrimonio resulta especialmente ventajoso para los hombres mayores, dado que para ellos el Estado Civil es un importante determinante para el bienestar positivo y el envejecimiento con éxito, pues en los varones el

estar separados, divorciados o solteros tiene un impacto negativo significativamente mayor en sus redes sociales, por lo que el matrimonio es más protector para ellos que para ellas (Arias, 2015b; Arias et al., 2015; Dykstra & de Jong Gierveld, 2004; Lyyra & Heikkinen, 2006; McLaughlin et al., 2010; Polizzi & Arias, 2014; Santini et al., 2016; Waddell & Jacobs-Lawson, 2010; Zunzunegui et al., 2003). La evidencia sobre este tema sugiere que las diferencias entre hombres y mujeres mayores con respecto a las interacciones sociales y redes sociales a menudo son consecuencia de diferencias en el estado civil y en las formas de vida (si se vive solo o no) en lugar de las diferencias de género per se (Del Bono, Sala, Hancock, Gunnell, & Parisi, 2007).

Quizás, una posible explicación de la ausencia de diferencias significativas entre los participantes casados y los no casados en relación a los Recursos Sociales en nuestro estudio, recae en el perfil sociodemográfico de la muestra estudiada, en primer lugar porque se trata de un grupo de personas mayores en dónde la gran mayoría de ellos están casados (aproximadamente el 70%), habiendo una menor representación de participantes solteros, viudos o divorciados, lo que conllevaría un tamaño muestral más reducido en estos grupos y consecuentemente afectaría a los análisis estadísticos comparativos. Y en segundo lugar, porque al tratarse de un grupo de personas mayores con amplias inquietudes participativas, culturales y educativas, todos ellos alumnos que están cursando estudios en programas universitarios dirigidos a personas mayores, se trata de una situación particular que supondría una ventaja adicional para establecer nuevas relaciones sociales e interacciones sociales en este grupo de población, sobre todo si los comparamos con respecto a la población general de personas mayores. Circunstancia que afectaría en gran medida a la percepción de un mayor tamaño de red y apoyo social al favorecer así las mayores posibilidades de contacto con otras personas u amigos.

Finalmente, en cuanto a la H3.1.2.3, la cual hipotetizaba la existencia de diferencias significativas en función del Estado Civil en Salud, los análisis multivariados no han confirmado este supuesto, por consiguiente no podemos afirmar con rotundidad que el Estado Civil afecte a la Salud globalmente. Aunque los análisis univariados posteriores han mostrado una relación marginal (que roza el umbral de significación,  $p=.057$ ) de esta variable independiente solamente en Salud percibida y que, no obstante, nos parece interesante reseñar: las personas casadas puntúan más alto en Salud percibida. Este resultado se asemeja al obtenido nuevamente por el ya citado Vivaldi y Barra (2012), en donde también mostraron

que las personas con pareja informan de mejor percepción de salud que aquellas sin pareja, aunque tal diferencia tampoco alcanzó a ser significativa ( $p= 0.06$ ).

También es remarcable la ausencia de diferencias significativas en sintomatología depresiva y en Autocuidado según el Estado Civil en nuestro estudio, puesto que contrasta con el obtenido por otros estudios sobre este tema en donde estas variables estaban asociadas. Por ejemplo, son cuantiosos los estudios que han mostrado que en el caso de los varones, el hecho de contar con una pareja en sus vidas ha resultado ser un factor protector contra la presencia de sintomatología depresiva (Escobar et al., 2013; Jang et al., 2009; Lee & DeMaris, 2007; Lee, DeMaris, Bavin, & Sullivan, 2001; Lee, Lee, Chun, & Park, 2017; Rosset et al., 2011; St John & Montgomery, 2009; Tani, Sasaki, Haseda, Kondo, & Kondo, 2015; Tiedt, Saito, & Crimmins, 2016; Trevisan et al., 2016; Van Grootheest, Beekman, Broese Van Groenou, & Deeg, 1999). Por otro lado, en investigaciones realizadas en Holanda o Suiza han descubierto que las mujeres mayores pueden adaptarse mejor a la viudedad que los hombres al disponer de más apoyo para superar la depresión a lo largo del tiempo, ya que generalmente tienen mayores redes sociales y contactos sociales más frecuentes que los hombres (Perrig-Chiello et al., 2016; Van Grootheest et al., 1999). En resumen, es posible que exista una interacción entre el Estado Civil y el Sexo/género en las personas mayores cuando se evalúa la sintomatología depresiva, de forma que los hombres se benefician más de estar casados y vivir en pareja (Rosset et al., 2011).

Por el contrario, más bien nuestros datos están en la línea de otros estudios, que en cambio, han señalado que para ambos sexos, los síntomas depresivos se asociaron significativamente con el aumento de la edad, menores ingresos, un número creciente de afecciones médicas y un menor apoyo social y no precisamente con el estado civil (Glaesmer, Riedel-Heller, et al., 2011). Además, la investigación que se ha realizado en Estados Unidos sobre las transiciones en el Estado Civil proporciona evidencia adicional y considerable del efecto adverso que supone la viudez en los hombres en particular y el efecto protector del matrimonio en ambos sexos (Halleröd, 2013; Lee & DeMaris, 2007; Moon, Kondo, Glymour, & Subramanian, 2011).

En nuestra investigación tampoco se ha encontrado relación entre el Estado Civil y Autocuidado, aunque a priori es posible suponer que para las personas casadas, el estar comprometidos con alguien significativo, es decir, estar estrechamente conectadas con la participación de otras personas en sus vidas, les permite dar sentido a su existencia y hace que

valga la pena vivir sus vidas, es decir, permite que tengan un mayor propósito de vida y posibilite así la adopción de más conductas de autocuidado (Sundslí et al., 2013). Una posible explicación de la ausencia de relación entre estas variables, podría ser el nivel cultural, el cual es un recurso positivo de afrontamiento y promotor de conductas de autocuidado y de la salud, pues el que prácticamente hayan participado en el estudio mujeres y hombres con un alto nivel educativo, casados la gran mayoría de ellos, podría explicar parcialmente el por qué se encuentran tasas de prevalencia más bajas en este grupo. También hay que tener presente el impacto y los efectos de cohorte. En este sentido, es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar y la salud a través de su papel mediador tanto en la consecución de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen.

Todos estos hallazgos que las investigaciones científicas han mostrado sobre la influencia del Estado civil en los indicadores asociados al envejecimiento exitoso, especialmente que el matrimonio ofrece a los hombres una red de apoyo social asociada con mejor salud y bienestar, probablemente no estén únicamente relacionados con el vínculo matrimonial; posiblemente las diferencias en los roles domésticos tradicionales entre hombres y mujeres también pueden ser importantes. En cuanto a los vínculos amorosos, hoy en día la sociedad reclama hombres y mujeres menos tradicionales. La vida amorosa resulta ser un proyecto importante para ambos, quienes aspiran a gozar de relaciones de intimidad, fusión y coparticipación en las que estén presentes la independencia y el respeto a los espacios personales. De este modo, siendo el rol de género un aspecto tan importante del ser humano, merece estudiarse la satisfacción que hoy se tiene con el mismo y cómo afectan en diversos ámbitos, tales como la consecución de un envejecimiento con éxito.

### 10.1.3. Relaciones entre la Edad y el envejecimiento con éxito

**Objetivo específico propuesto:**

OE3.1.3. Analizar las relaciones entre la Edad y el envejecimiento con éxito.

**Hipótesis planteadas:**

H3.1.3.1. Habrá diferencias en función de la Edad en Recursos Sociales.

H3.1.3.2. No habrá diferencias en función de la Edad en Bienestar y Satisfacción vital.

H3.1.3.3. Habrá diferencias en función de la Edad en Salud.

H3.1.3.4. Habrá diferencias en función de la Edad en Soledad y Aislamiento social.

Cuando analizamos la Edad y su efecto en las variables dependientes, a diferencia de lo que se esperaba, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los Recursos Sociales y la Edad, ni entre Soledad o Aislamiento social, ni tampoco en Salud. Y en cambio, sí que se hallaron diferencias significativas para la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico en función de la Edad de los participantes. Por lo tanto, los resultados obtenidos han demostrado que ninguna de las hipótesis planteadas sobre este tema se cumplió y los análisis multivariados efectuados no permiten confirmar ni la H3.1.3.1., ni la H3.1.3.3., ni la H3.1.3.2, ni tampoco la H31.3.4. Tan sólo se encontraron diferencias significativas multivariadas en relación con la Edad para el Bienestar Psicológico y la Satisfacción vital, es decir, las personas mayores con más edad, de 65 años o más, muestran un mayor nivel de Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico que los otro grupos de edad, no obstante la magnitud del efecto que ejerce la Edad sobre este grupo de variables es bajo o moderado (3.6%).

En primer lugar, respecto a la H3.1.3.1 (hipótesis que proponía la existencia de diferencias significativas en Recursos Sociales en función de la Edad), nuestros datos no permiten corroborar los argumentos que apoyan que en el envejecimiento hay una mayor pérdida de Recursos Sociales, más bien encontramos evidencias de que la desconexión social no varía según los grupos de edad. Resultados que, por otra parte, son consistentes con investigaciones que cuestionan la noción de que la vejez se caracteriza por el aislamiento social como la de Cornwell, Laumann y Schumm (2008), ya que entre sus hallazgos más relevantes está que la edad tiene una relación en forma de U con el volumen de contacto con

los miembros de la red, sobre todo con el número de vínculos no primarios. Pero, por otra parte, documentaron aumentos de la actividad social, de modo que la edad está relacionada positivamente con la frecuencia de socialización con los vecinos, la participación religiosa y el voluntariado. Posteriormente en otros estudios que realizaron este equipo de investigación con datos del *Proyecto Nacional de Vida Social, Salud y Envejecimiento* (NSHAP), que se trata de un estudio longitudinal nacional representativo del envejecimiento en América, observaron que en general, más personas mayores agregaron miembros de la red que los perdieron, dicho de otro modo, el crecimiento de la red fue más común que la contracción de la red y las personas mayores estaban bien conectadas socialmente (Cornwell & Laumann, 2015; Cornwell, Schumm, Laumann, & Graber, 2009; Cornwell, Schumm, Laumann, Kim, & Kim, 2014; Cornwell & Waite, 2009).

En España, apenas hay estudios que evalúen estos aspectos, aunque por citar alguno, podemos referir al estudio que realizaron Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón (2009), en el que analizaron las redes de las personas mayores y concluyeron que éstas eran amplias: se identificaron a las personas significativas según tres niveles de intimidad, se obtuvo un promedio de 5.4 relaciones muy íntimas, de 7.0 para las medianamente próximas y de 12.5 para aquellas que sin ser muy próximas la persona igualmente considera importantes en su vida.

La evidencia científica sobre este tema es mixta, por una parte están las investigaciones que sugieren que las redes sociales de las personas mayores se reducen a medida que envejecen (Ajrouch, Blandon, & Antonucci, 2005; McPherson, Smith-Lovin, & Brashears, 2006) y por otro lado, las investigaciones que apuntan a que la edad se asocia positivamente con la presencia de relaciones de mayor calidad. Por ejemplo, las personas mayores tienden a interactuar más con contactos de apoyo y tienen más redes centradas en el parentesco (Shaw et al., 2007) y además, algunos estudiosos argumentan que pierden relaciones menos significativas y más superficiales a medida que envejecen porque prefieren rodearse de contactos emocionalmente cercanos (Carstensen et al., 2003).

Si bien las pérdidas de vínculos en la vejez es algo frecuente, en muchos casos la inclusión de nuevas relaciones compensa numéricamente a las primeras y las redes mantienen el tamaño anterior. En general, el apoyo social de las personas mayores es en su mayoría adecuado y tiene un amplio dinamismo. Así, los vínculos más frecuentemente incluidos son amigos, parejas y nietos. De hecho, los nietos, en la mayoría de los casos, constituyen una

ganancia típica de la vejez. Por otro lado, la participación en diversas actividades de la comunidad propicia la conformación de nuevas relaciones. También las mudanzas y las migraciones son oportunidades de establecer nuevos vínculos con vecinos y amigos. Si bien estas últimas han sido consideradas un motivo de pérdidas de vínculos, cabe destacar que las nuevas tecnologías brindan posibilidades de mantener un contacto frecuente a pesar de la distancia (Arias, 2015a).

Por lo tanto, nuestros hallazgos son inconsistentes con la noción de que la vejez tiene una influencia negativa universal sobre la conexión social. Litwin y Stoeckel (2013) demostraron que las personas mayores europeas generalmente están socialmente conectadas y que los lazos familiares todavía prevalecen en sus vidas. Sin embargo, solo algunos de ellos participan activamente en el intercambio de ayuda de algún tipo, ya sea como proveedores o destinatarios. Este proceso de crecimiento de la red puede mejorar el acceso a los recursos sociales, aumentar la autoestima, reducir la soledad y aumentar la actividad física. Las redes sociales son esenciales para el envejecimiento exitoso porque proporcionan integración en sistemas de normas, control y confianza, acceso a la información u otros recursos y sobre todo apoyo social.

Los hallazgos hasta aquí expuestos muestran que en el envejecimiento la renovación de la red es un hecho frecuente y desmitifica el estereotipo de que el envejecimiento engendra aislamiento social. Actualmente, un elevado número de personas mayores participa en distintos espacios de índole recreativa, social, cultural, política, educativa y artística, entre otras. Tal y como ocurre en el caso de la muestra estudiada, ya que son participantes en un programa universitario para mayores. De hecho, las últimas generaciones de personas mayores han cambiado notablemente su estilo de vida e intervienen mucho más activamente en la comunidad. Involucrarse en este tipo de actividades les genera bienestar y mayor autovaloración (Fernández-Ballesteros et al., 2013), a la vez que posibilita el intercambio con otros, estableciendo nuevas relaciones sociales. Esta incorporación de vínculos no familiares es de gran importancia porque además de aumentar el apoyo del que se dispone, contribuye a que la red social tenga una composición variada y no se reduzca solo a vínculos familiares (Arias, 2015a). Al contar con vínculos variados se dispone de fuentes de apoyo que satisfacen distintas necesidades de un modo dinámico. El único problema insoluble es la disminución de la salud, que obstaculiza los esfuerzos de las personas mayores para formar y mantener lazos sociales. Porque construir nuevas relaciones, especialmente fuera de los círculos sociales

existentes, a menudo requiere un aumento en la actividad física, así como una mayor participación social e incentiva probar nuevas actividades. En este sentido, los beneficios de agregar nuevos miembros a la red provienen no solo de los efectos sociales o psicológicos inmediatos, sino también de la activación de los sistemas cardiovascular y muscular, la función inmune y procesos similares relacionados con el ejercicio (Cornwell & Laumann, 2015).

En segundo lugar, en cuanto a la hipótesis H3.1.3.3, tampoco se ha podido demostrar que la Edad afecta significativamente a las variables que evalúan la Salud, tal y como han sugerido diversas investigaciones. Por un lado, entre las personas mayores que han participado en nuestro estudio no hay suficientes evidencias para afirmar que manifiesten peor salud percibida según describen varias investigaciones (Dalstra et al., 2006; Dong et al., 2017; Jagger et al., 2011; Morcillo et al., 2014; Roqué i Figuls et al., 2012; Zunzunegui et al., 2006). Ni tampoco que realicen menos conductas de Autocuidado (Barkley, 2008; Haveman-Nies et al., 2003; Söderhamn et al., 2000; Sundsli et al., 2012) y ni que muestren más sintomatología depresiva que las personas mayores más jóvenes (Glaesmer, Riedel-Heller, et al., 2011; Luppá et al., 2012; Oksuzyan et al., 2010; Ried & Planas, 2002; Sendra-Gutierrez et al., 2017; Tiedt, 2013; Urbina et al., 2007; Zunzunegui et al., 1998). De hecho hay estudios como el de Tomitaka et al. (2016) y el de Weyerer et al. (2013), que han observado que la incidencia de la depresión aumenta a partir de los 75 años en adelante y sobre todo en mayores de 85 años, y por tanto no en personas mayores en la franja de edad estudiada.

Así, en la investigación longitudinal de Sutin et al. (2013), se indagó sobre la relación entre los síntomas depresivos y la edad, concluyendo que los síntomas de la depresión siguen un patrón en forma de “U”, lo que sugiere que son más altos en los adultos más jóvenes, disminuyen en la mediana edad y aumentan nuevamente en la vejez tardía. A pesar de que recientemente se ha descubierto que las trayectorias de la depresión en el envejecimiento varía entre cohortes y puede tomar diferentes formas: entre las cohortes más viejas siguen un patrón en forma de “U”, mientras que por el contrario, entre las cohortes de personas mayores más jóvenes y actuales se percibe un patrón de “U” invertida (Tampubolon & Maharani, 2017).

Las conclusiones de la mayoría de investigaciones revisadas, han mostrado que la incidencia en las personas mayores de la depresión aumenta con la edad, sin embargo la ausencia de diferencias significativas en nuestra investigación es coherente con trabajos como el de Choi y Kim (2007) o el de Yang (2007). Éstos últimos, demostraron que la evolución de

la depresión varía entre cohortes, es decir, hay evidencia de un efecto de interacción de la edad por cohorte. En concreto, la depresión disminuye con la edad más rápidamente para las cohortes más jóvenes de personas mayores. Resultados que por otro lado también han corroborado Tampubolon y Maharani (2017) en su estudio, del cual ya se ha explicado en párrafos anteriores sobre el hecho de que en las actuales cohortes de personas mayores se percibe un patrón de “U” invertida en cuanto a la trayectoria de la depresión. Otros autores como Fiske, Wetherell y Gatz (2009) también llegan a similares conclusiones: la depresión es menos frecuente entre las personas mayores que entre los adultos más jóvenes, pero aportan el matiz de que en las personas de edad avanzada cuando aparece la depresión, las consecuencias son más negativas, pues tienen más probabilidades de presentar cambios cognitivos, síntomas somáticos y pérdida de interés.

Si nos atenemos a la Salud percibida exclusivamente, nuestros datos serían congruentes con el estudio llevado a cabo por Girón (2012) sobre la salud percibida con datos de la *Encuesta Nacional de Salud 2006* de España, en el cual se constató que, a pesar de que la edad de las personas es un factor influyente en la salud percibida, su asociación varía según la muestra considerada, de forma que a mayor edad peor salud, salvo en la población de 50 años o más, donde las personas de más de 82 años tienen mejor salud percibida que aquellas que tienen entre 50 y 82 años. Por tanto, sus resultados justifican la necesidad de estudiar la valoración de la salud percibida en distintos tramos de edad.

Por otro lado, en cuanto a los comportamientos de Autocuidado, los datos en parte, también serían consistentes con los de Söderhamn et al. (2000), pues dichos autores observaron que la capacidad de autocuidado disminuye para las personas de más de 75 años de edad, pero dado que en nuestra muestra la media de edad de las personas mayores participantes es de aproximadamente 63 años (personas mayores jóvenes), por consiguiente no se ajusta al perfil que sugieren las evidencias científicas sobre este tema, es decir, que con la edad se aprecian notables descensos tanto en la capacidad como en las acciones de autocuidado personal, que es el resultado del proceso natural de envejecimiento. También es posible que al tratarse de un grupo de personas que se caracterizan precisamente por una actitud positiva, activa y participativa ante su envejecimiento, en parte, esta ausencia de efecto de la edad sobre el autocuidado puede ser debida a esta singularidad, pues se ha demostrado que ser activo es un factor positivo significativo para la capacidad de autocuidado en personas mayores (Sundslí et al., 2012). Al mismo tiempo, los comportamientos de autocuidado a su

vez retroalimentan el envejecimiento activo y saludable, ya que pueden prevenir las limitaciones funcionales. En concreto, un estilo de vida saludable en esta etapa vital se asocia con el retraso del deterioro de salud y un menor riesgo de mortalidad (de Groot, Verheijden, de Henauw, Schroll, & van Staveren, 2004; Phatharapreeyakul et al., 2016). En este sentido, otros autores han identificado que las conductas de autocuidado se ven significativamente influenciados por el género, nivel educativo, estado económico y creencias religiosas y no tanto por la edad (Bai et al., 2009).

No obstante, también se debería considerar para el análisis de estas variables los efectos generacionales. Quizás debido a que la muestra estudiada se caracterice por ser un grupo de personas mayores relativamente jóvenes como ya hemos dicho (63 años aproximadamente) y con todavía buena salud, explique la ausencia de diferencias en este grupo de variables que evalúan aspectos de Salud en general. Además, autores como Morcillo et al. (2014) y también otros autores (Borrell & Ferrando, 2003; Karlsdotter, Martín, & López del Amo, 2011; Read, Grundy, & Foverskov, 2016), observaron que el menor nivel educativo y el menor nivel de renta o ingresos es el marcador más importante de las desigualdades en la salud entre los mayores de 65 años en España. Y es probable que debido a que los participantes representan un perfil de personas mayores caracterizadas por tener un buen nivel educativo e ingresos, quizás explique la ausencia de diferencias significativas entre los grupos de Edad en Salud encontradas en nuestro estudio.

Por otra parte, si consideramos el efecto que ejerce la Edad en los sentimientos de Soledad y el Aislamiento social, los análisis multivariados efectuados no permiten tampoco afirmar la existencia de diferencias significativas en este indicador según la Edad, tal y como a priori se planteaba en la H3.1.3.4, por lo tanto dicha hipótesis no se ha cumplido. Este resultado concuerda, en parte, con el estudio de Ausín et al. (2017) con una muestra aleatoria de 419 personas mayores de la Comunidad de Madrid y cuyo fin fue analizar los predictores más relevantes en los sentimientos subjetivos de Soledad. En esta investigación la edad no constituyó una variable relevante en los sentimientos de soledad en las personas mayores. Más bien, las variables asociadas significativamente con la soledad fueron: vivir solo, el estado civil, la frecuencia de problemas económicos, la calidad de vida, la satisfacción con la vida, la satisfacción con las relaciones sociales, la presencia de un trastorno mental y tener un trastorno de ansiedad. Por otro lado, los resultados también son consistente con el estudio longitudinal de Brittain et al. (2017), aunque en este caso la muestra estudiada fueron

personas muy mayores, con más de 85 años, siendo su principal hallazgo que la soledad es una experiencia minoritaria en las personas mayores, pues a pesar de que más de la mitad (55%) de los encuestados informaron estar siempre o a menudo solos, solo el 2% informaron sentirse solos en realidad, siendo el factor más reseñable en esta percepción subjetiva la duración de la viudez, lo que desafía la noción de que la soledad en el envejecimiento es una experiencia estática.

Pero también, por el contrario, los resultados obtenidos se contradicen con el de otros autores que señalan que uno de los predictores de la soledad en la población mayor es la edad avanzada. Por ejemplo podemos citar la investigación de Cohen-Mansfield et al. (2016), donde la soledad era más común entre los grupos de personas de mayor edad (Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinquart & Sörensen, 2001b) y que además ésta aumentaba con la edad (Dahlberg et al., 2015; Heikkinen & Kauppinen, 2011; Jylhä, 2004). De hecho la suposición de que la soledad es un problema específicamente de las personas mayores encuentra solo apoyo parcial. Según Dykstra (2009) la soledad es común solo entre los muy mayores.

A pesar de que existe una creencia o estereotipo común de que las personas mayores experimentan soledad más a menudo que otros grupos de edad, la soledad no se restringe solo a la vejez sino que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida (Luhmann & Hawkey, 2016). Incluso cuando se evalúa el efecto de cohorte en los sentimientos de soledad, se ha encontrado que las cohortes recientes de personas mayores no informaron de soledad en mayor medida que las cohortes anteriores, a pesar de que en las últimas décadas se han producido muchos cambios sociales que conducen hacia sociedades más individualistas (Dahlberg et al., 2018). Estos autores resaltan que en realidad no es el género, ni la edad, ni tampoco el nivel de educación los factores más importantes para la soledad, sino otros factores que se correlacionan con esto. Pues en las investigaciones longitudinales sobre este tema han mostrado que son los factores sociales, tales como el estado civil, el apoyo social, los contactos sociales y también los factores relacionados con la salud los predictores más importantes de la soledad (Dahlberg, Andersson, & Lennartsson, 2018).

Finalmente, en relación a la H3.1.3.2, que al igual que las anteriores tampoco se ha podido demostrar: la hipótesis de partida planteaba que no se encontrarían diferencias significativas en función de la Edad en Bienestar y Satisfacción vital, pero el resultado obtenido indica lo contrario. El primer resultado a destacar es que la Edad tiene una influencia determinante sobre la Satisfacción vital, y que las personas mayores de 65 años perciben una

mayor Satisfacción con la vida en sus tres dimensiones temporales: pasada, presente y futura, que el resto de rangos de edad, a pesar de que la magnitud del efecto sea bajo. Además también se ha encontrado que la Edad se relaciona con algunos factores del Bienestar Psicológico en concreto, como: con Propósito de vida y con el componente de Relaciones positivas con los demás. En ambos casos, de nuevo, las personas mayores de 65 años, puntúan menos en dichas dimensiones del Bienestar. De todas estas asociaciones, el efecto de la Edad es más significativo para el factor Propósito con la vida.

La satisfacción con la vida se ha identificado como una parte del bienestar subjetivo, y como sucede en la mayoría de los casos, la literatura muestra resultados mixtos en cuanto a su evolución con la edad. Si bien en diferentes trabajos se observa que puede existir una ligera disminución lineal de la satisfacción según aumenta la edad (Berg et al., 2009; Meléndez, Tomás, & Navarro, 2008; Mroczek & Spiro, 2005), esta relación es baja, y ciertos autores reafirman la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad, especialmente a partir de la adultez y concretamente en el grupo de mayores de 65 años (Angelini, Cavapozzi, Corazzini, & Paccagnella, 2012; Charles et al., 2001; Diener, Lucas, & Scollon, 2006; Meléndez et al., 2009; Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2009).

Pero también la noción de la estabilidad de la satisfacción con la vida ha sido cuestionada en numerosas investigaciones. Así, los pocos estudios longitudinales sobre este tema, en cambio, detectaron un patrón de cambios en la satisfacción con la vida en las personas de más edad (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010), es decir, que aunque la satisfacción con la vida no disminuye durante gran parte de la edad adulta, no obstante se produce una gran disminución entre los mayores de 70 años, una disminución lineal a medida que los individuos se aproximaban a la muerte que es todavía más pronunciada entre las personas más mayores (más de 85 años).

Sin embargo, tal y como sucedió en nuestro estudio los resultados obtenidos, son coherentes y están en la línea con numerosos estudios adicionales que apoyan la imagen positiva de bienestar durante el envejecimiento y que indican que ciertos componentes del bienestar subjetivo pueden aumentar con la edad. Es decir, que la Satisfacción por la vida se incrementa a medida que se envejece, de tal forma que las personas mayores son más felices que otros grupos de edad. El hallazgo obtenido es congruente con la investigación de Carrillo, Etchemendy y Baños (2018) que analizaron las posibles diferencias en las dimensiones temporales de la satisfacción con la vida en diferentes grupos de edad y según género. En su

estudio, todos los participantes mostraron niveles más altos de satisfacción con vida presente que pasada, y los encuestados mayores presentaron niveles más altos de satisfacción con la vida presente que futura. En la tesis doctoral de Dumitrache (2014), utilizando una muestra de personas mayores que viven en la comunidad de las áreas urbanas de Granada, al sur de España, con edades comprendidas entre los 65 y 99 años, se encontró una correlación positiva entre la edad y la satisfacción vital, por consiguiente a medida que los participantes avanzaban en edad, aumentaba también su satisfacción vital. También la investigación de Meléndez et al. (2008) es coherente con nuestros resultados. Dichos autores utilizando una muestra de jubilados de la Comunidad Valenciana, mostraron que, mientras en los primeros años de la vejez efectivamente hay una disminución, es a partir de los 85 años cuando se produce un repunte de la satisfacción vital, pues cada vez más las personas mayores que llegan a estas edades lo hacen con mejores capacidades. Y coincide también con el estudio de Navarro, Bueno, y Delgado (2013) con una muestra española, donde aparecen diferencias de edad pues quienes tienen entre 75 y 84 años se sienten más activos, entusiasmados e inspirados, dicho de otro modo, las personas muy mayores experimentan más afecto y emociones positivas que negativas, pero a mayor edad, disminuye la frecuencia de emociones positivas, confirmando que las emociones positivas son un recurso potencial para la resiliencia psicológica en la vejez avanzada.

Numerosos estudios internacionales sobre este tema reafirman también esta suposición, es decir, del aumento de la Satisfacción vital con la edad, (Blanchflower & Oswald, 2008; Gana, Bailly, Saada, Joulain, & Alaphilippe, 2013; López-Ulloa et al., 2013; Prenda & Lachman, 2001; Stone, Schneider, Krueger, Schwartz, & Deaton, 2018; Stone et al., 2010). En particular, Blanchflower y Oswald (2008) en un importante y ambicioso estudio internacional para evaluar la asociación entre la edad y bienestar subjetivo, llegaron a la conclusión de que el bienestar subjetivo adoptaba una forma de “U” durante el ciclo vital en la mayoría de las sociedades estudiadas: el bienestar de los adultos tiende a ser alto en la edad adulta y la vejez y más bajo alrededor de los 40 años, alcanzando un mínimo alrededor de los 47 años para luego aumentar a lo largo de la edad adulta mayor. No obstante, matizaron que este patrón no es universal, dado que sólo parece darse en países de habla inglesa y con niveles altos de ingresos (Steptoe et al., 2015). Pero algunos autores han cuestionado esta curva de bienestar en forma de “U”, dado que podría ser el resultado del uso de variables de control inapropiadas y cuestionables, como por ejemplo, el estado civil, cuyo control en gran

medida explica la curva en forma de “U”. La presencia de una interacción significativa entre dos o más factores puede condicionar la interpretación (Glenn, 2009).

Este aspecto del que hemos hecho mención en la parte teórica de este trabajo, es la denominada “*paradoja del bienestar en la vejez*”, consistente en que a pesar del mayor número de pérdidas y de dificultades que se producen durante el envejecimiento, las personas siguen manteniendo y aumentando en muchos casos, los sentimientos de felicidad y bienestar psicológico. Fenómeno que, por otro lado, autores como Stone, Schneider y Broderick (2017) lo relacionan con la “*paradoja del estrés y la edad*”, según la cual ante el aumento de la morbilidad y enfermedades con la edad, uno esperaría razonablemente niveles más altos de estrés con el aumento de la edad, pero hay evidencias de que esto no es así, sino que en general hay una disminución del estrés: el estrés se informa con mucha menos frecuencia a partir de la mediana edad resaltando un proceso desconocido que comienza a principios de los 50 años y desencadena una fuerte disminución en la percepción estrés durante los siguientes 20 años o más. Así, parece existir relación entre la longevidad y variables tales como el mantenimiento de un buen bienestar, de una adecuada competencia para vivir de forma independiente y del mantenimiento de unas relaciones personales positivas. Condiciones que por otro lado, describen el perfil mayoritario de nuestros participantes, puesto que la gran mayoría de ellos representan un grupo de personas mayores caracterizadas por el desarrollo de un envejecimiento activo, saludable y exitoso.

Por otro lado, en cuanto al Bienestar Psicológico, el resultado obtenido está en la línea de lo que sugieren otros autores (López-Torres et al., 2010; Meléndez et al., 2008), según los cuales existe una ligera tendencia al descenso del bienestar psicológico con la edad, en algunas dimensiones que miden este constructo. En nuestro estudio se observa también, es decir, un menor nivel de Bienestar, especialmente en las dimensiones de Propósito de la vida y Relaciones positivas con los demás, en ambos casos las personas mayores de 65 años puntuaban menos en estos factores. Aún así, nuestro resultado están en la línea que sugieren varios estudios internacionales los cuales han documentado variabilidad en base a la edad, género y nivel educativo en las dimensiones del Bienestar Psicológico (Keyes et al., 2002). En la investigación de Meléndez et al. (2008) ya mencionada, se observó un ligero descenso en las dimensiones Crecimiento personal y Propósito en la vida según aumentaba la edad. También en otra investigación sobre este tema de los mismos autores hallaron evidencias de una correlación negativa y significativa en todas las dimensiones del Bienestar psicológico

con la edad, excepto en el factor Autonomía (Meléndez, Tomás, & Navarro, 2011). Otro estudio que encontró una disminución con la edad en algunas dimensiones de Bienestar Psicológico como la de Relaciones positivas con otros y Crecimiento personal, Dominio del entorno y pérdida de Autonomía fue el de Mayordomo et al. (2016). Este descenso puede tener una doble explicación; por una parte, mientras que la esperanza de vida es cada vez mayor, el contexto sigue ofreciendo oportunidades reducidas para este grupo de edad, lo cual no favorecería el crecimiento ni el desarrollo personal. Por otra parte, y tal y como se indicaba, el descenso de estas dimensiones podría ser la consecuencia de un proceso de adaptación acomodativa, en la que las personas mayores compensan la pérdida de posibilidades reajustando sus metas (Triadó, Osuna, Solé, & Villar, 2003; Triadó, Villar, Solé, & Osuna, 2005).

En resumen, cuando pensamos en las personas mayores, pensamos en todas esas vidas con un pasado que tienen que aceptar, un presente con el que tienen que aprender a vivir y sobre todo un futuro en el que, como todo ser humano, se aspira alcanzar el bienestar y la felicidad. Como se ha comprobado, la edad no representa un indicador que marque o delimite la condición del individuo ni su bienestar personal. Los resultados que se han obtenido han mostrado que la edad, por sí misma, no tiene relación predictiva con un menor bienestar personal de los individuos. Por lo tanto, existe la posibilidad de vivir la vejez con bienestar, sintiendo felicidad y satisfacción en lo que se hace y en lo que se ha hecho, con un propósito de vida que cumplir y manteniendo relaciones sociales satisfactorias con los demás, sin sentimientos de soledad ni depresión, con un estado de ánimo alegre y entusiasta, al igual que en las otras etapas de la vida.

Y la teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992, 1993), ofrece un marco teórico para entender este fenómeno, pues considera que las personas podrían en realidad estar más felices y más satisfechas con sus vidas a medida que envejecen. Carstensen (1995) argumentó que a medida que las personas avanzan hacia sus últimos años de vida, se vuelven cada vez más conscientes de la cantidad de tiempo que les queda para vivir. Esta conciencia de la mortalidad inminente puede llevar a las personas mayores a centrarse en maneras de hacer que sus experiencias restantes sean lo más agradables posible. Por ejemplo, en comparación con los individuos más jóvenes, las personas mayores tienden a poner mayor énfasis en los aspectos emocionales de las interacciones sociales potenciales y es más probable que recuerden el contenido emocional de sus experiencias. Las personas mayores

también pueden ser más hábiles en la regulación de sus emociones que las personas más jóvenes. Tomados en conjunto, estos procesos deberían conducir a aumentos en la satisfacción con la vida a lo largo de la vida. Al parecer, asumir la finitud de la vida cambia positivamente las expectativas personales. Las personas mayores cuentan con recursos suficientes para adaptarse a nuevas circunstancias. La experiencia acumulada y una actitud positiva ante la vida contribuyen a aumentar su bienestar emocional.

Los resultados derivados de esta investigación ofrecen evidencia adicional para el logro de un envejecimiento con éxito y revelan argumentos contrarios a los estereotipos que envuelven en ocasiones a la vejez; es decir, la idea de una vejez depresiva, aburrida y en soledad. Según lo anterior, podemos concluir que la vejez no representa una etapa de la vida en decadencia, aunque no podemos negar la existencia de personas insatisfechas e infelices, deprimidas, aisladas y sin ganas de vivir, pero esto no tiene nada que ver con la edad. Las personas mayores han estado rodeadas de creencias y estereotipos relacionados con pérdidas, discapacidades, enfermedades y problemas cognitivos, entre otros, que muchas veces no tienen que ver con la realidad y que, sin embargo, crea en la sociedad una imagen negativa de este colectivo. Pero existen muchas maneras de envejecer, y las personas mayores son muy diferentes entre sí, influenciadas por factores personales, sociales, culturales, etc. Por tanto, es razonable pensar que estereotipos tan afianzados como la dependencia, el aislamiento social o la mala memoria pueden afectar muy negativamente a la propia vivencia del envejecimiento y terminar provocando una profecía autocumplida. Y lo cierto es que, aunque la jubilación teóricamente representa el momento de transición entre la edad adulta y la vejez, la mayoría de personas no se sienten viejas. Podríamos decir que la imagen social negativa de la vejez afecta no solo a las actitudes de los demás hacia las personas mayores, sino también a la propia autopercepción que tienen los mayores de sí mismos. Esta imagen negativa de la vejez, cuando se acompaña de conductas discriminatorias hacia las personas mayores, juicios negativos y discriminación social por cuestiones de la edad, se conoce como edadismo (Ageism) (Portal Mayores, 2012). El afrontamiento y la solución de los estereotipos pasa por el conocimiento de la realidad de las personas mayores, que conlleva a una mayor comprensión de esta etapa de la vida, un mayor respeto, y especialmente, a desterrar los estereotipos negativos asociados al envejecimiento.

#### 10.1.4. Relaciones entre la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito

**Objetivo específico propuesto:**

OE3.1.4. Analizar las relaciones entre la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito.

**Hipótesis planteadas:**

H3.1.4.1. Habrá diferencias en función de la Situación laboral en el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales.

H3.1.4.2. Habrá diferencias significativas en función de la Situación Laboral en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.1.4.3. Habrá diferencias significativas en Salud en función de la Situación Laboral.

H3.1.4.4. No habrá diferencias en función de la Situación Laboral en Soledad.

El objetivo propuesto pretendía indagar la influencia del estado laboral en los indicadores de envejecimiento activo, saludable y con éxito. Aunque son múltiples y diversos los significados sobre el concepto envejecimiento activo que se aportan en la literatura científica, la tendencia más reciente en el ámbito europeo lo considera una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, etc., y también el bienestar social del individuo (Walker, 2008). Esto es particularmente importante en la vejez, donde hay una mayor proporción de personas fuera de la fuerza de trabajo, como jubilados/as o amas/os de casa. Además, las diferencias de género son especialmente acusadas en las categorías de inactividad para la generación actual de personas mayores. La dispar situación de los hombres y las mujeres de mayor edad en cuanto a participación en el mercado de trabajo determina la menor presencia de las segundas en la categoría de jubilados (con pensión contributiva) y su mayor peso en labores del hogar y perceptores de pensiones (no contributivas). Y en concreto, la muestra estudiada, se ajusta al perfil que señalan las estadísticas sobre este tema: en cuanto a los hombres, la gran mayoría de ellos estaba jubilado (82.7%), mientras que el 7.3% estaba trabajando en la actualidad, el 8.4% estaba desempleado, sólo el 0.5% informaba de invalidez y sólo el 1% se dedicaba a las tareas del hogar. Para las mujeres, la distribución es similar aunque con pequeñas variaciones, la gran mayoría también informaba de estar jubilada el 59%, el 10.6% estaba trabajando, el 17.9%

estaba en situación de desempleo, sólo el 1% de las mujeres señalaba que estaba en situación de invalidez y finalmente el 11.4% indicó que era ama de casa.

De todas las hipótesis planteadas, sólo se ha podido confirmar en su totalidad la H3.1.4.4, es decir, que el estado laboral no influye en los sentimientos ni en la percepción de Soledad y Aislamiento social. En cambio, tanto la H3.1.4.2 como la H3.1.4.3 se han cumplido parcialmente, pues aunque se han detectado diferencias significativas en función de la Situación Laboral en los indicadores de Salud y Bienestar, estas diferencias no son las esperadas. Por una parte, se han hallado diferencias en Bienestar Psicológico, estas discrepancias se dan en concreto en el factor Relaciones positivas con los demás: las personas Desempleadas o con alguna prestación por invalidez, es decir, pensionistas, puntúan más en dicho factor. Por otra parte también se han detectado diferencias significativas en la dimensión de Satisfacción con la vida presente, en concreto las personas jubiladas perciben una mayor satisfacción vital en el momento actual que las personas Desempleadas o las que reciben alguna prestación por Invalidez. En lo que respecta a la Salud, las diferencias se observan únicamente para la dimensión de Autocuidado interno, en este caso, las personas que se dedican a las tareas domésticas obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que el resto de estados laborales. Finalmente, en cuanto a la H3.1.4.1, dicha proposición no se ha podido confirmar con los análisis multivariados ni univariados realizados, por lo tanto, podemos decir que el estado laboral no influye en la percepción de un mayor o menor Apoyo social y Red social.

En primer lugar, en relación a la H3.1.4.1, se esperaba encontrar diferencias significativas entre las personas jubiladas y las que trabajaban en la percepción de Recursos Sociales, es decir en Apoyo social y Red social, de modo que las personas jubiladas obtendrían niveles más bajos en estas variables. Pero como se ha visto, los resultados obtenidos no permiten demostrar este supuesto. Con la pérdida del empleo existe el riesgo de que fracasen los modos de socialización vinculados a él y las formas de integración que genera (Duque et al., 2008). Pero además el retiro profesional viene acompañado también de multitud de situaciones positivas como descansar, aprovechar el tiempo perdido, poder dedicarte a aquellas actividades que tu trabajo no te permitía, viajar o quedarte en casa, estar con los tuyos, vivir como quieras, etc. En estudios previos donde se ha analizado la calidad de vida y el estado de actividad entre las personas mayores han mostrado que el desempleo y la jubilación están significativamente asociados con una calidad de vida más baja (Fujikawa, Suzue, Jitsunari, &

Hirao, 2011; Pino-Domínguez et al., 2014, 2016). Por otro lado, el empleo después de la jubilación se ha correlacionado con una mejor salud, autosuficiencia y longevidad, así como con redes sociales más extensas y mejor bienestar psicológico y fisiológico (Hammerman-Rozenberg, Maaravi, Cohen, & Stessman, 2005; Tan et al., 2017).

En esta línea, la literatura científica señala que las situaciones de pérdida de trabajo son afrontadas de forma más positiva por aquellas personas que poseen redes de apoyo social más completas, con las que se encuentran satisfechas, debido a que éstas actúan amortiguando el impacto frente a la situación de estrés que supone la transición a la jubilación (Guarino & Sojo, 2011). Al respecto, los resultados del presente estudio señalan que las personas mayores entrevistadas, independientemente de su estado laboral, en su mayoría presentan buenas redes sociales y perciben de forma satisfactoria el apoyo recibido, de modo que su situación laboral actual no influye en los niveles de Recursos Sociales. Estos hallazgos presentan similitudes con los obtenidos por Hermida, Tartaglino y Stefani (2014), estudio donde observaron que las personas mayores que presentan estructuras más completas en sus redes, o bien una mayor satisfacción con las mismas, manifiestan una actitud probablemente más favorable hacia la jubilación. En otro estudio realizado en Argentina (Arias, 2015a), mostró que el aumento de la edad no se asocia irremediabilmente con el empobrecimiento e insuficiencia de sus redes sociales y, a pesar de que diversos estudios señalen que en la vejez se producen numerosas pérdidas de vínculos, sin embargo, se mantienen y optimizan relaciones que han sido establecidas en etapas anteriores de sus vidas y además se generan nuevos vínculos que son incorporados a las redes. Así, la pérdida de vínculos debido a la jubilación fue mencionada con menor frecuencia. En estos casos solo se trataba de relaciones poco íntimas y escasamente significativas. En cambio, en la investigación de Tan et al. (2017), que examinaba la relación entre la situación laboral y los indicadores de bienestar en personas mayores de Singapur, se halló, por el contrario, que los trabajadores mayores remunerados tenían niveles significativamente más altos de actividad física, redes sociales más extensas, mejor función cognitiva, menos discapacidad y menor riesgo de demencia que los jubilados y amas de casa. Si bien, se trata de una sociedad asiática cuya cultura está marcada por una mezcla de civilizaciones y sociedades, la cual diverge considerablemente de las sociedades Europeas como lo es España en cuanto a costumbres y valores. En resumen, podemos concluir que la disrupción de la red de apoyo social en la vejez tras la jubilación no es un hecho generalizado. Por el contrario, las personas mayores estudiadas jubiladas o no, poseen en general recursos de apoyo suficientes y se encuentran bien conectadas socialmente.

Una posible explicación de nuestro resultado puede ser debido al perfil de los participantes en este estudio que, como ya hemos señalado en otro momento, se trata de un grupo de personas mayores activas, comprometidas con su proceso de envejecimiento activo, saludable y exitoso, con inquietudes para el aprendizaje y la participación social, con un nivel educativo alto en general y más preparados que el resto de la población general. Un perfil de persona mayor que coincide por lo demás con el descrito por autores como Bru y López (2014), en relación al perfil general de los alumnos mayores que asisten a Programas Universitarios para personas Mayores (PUPMs): mujer jubilada, que vive en pareja y cuya edad oscila entre la franja de los 61 a los 70 años, con estudios primarios o secundarios, y que desempeñó o desempeña funciones en banca, seguros, oficinas y despachos, o amas de casa. La participación en programas universitarios para mayores, así como la activa participación en espacios sociales, facilita la incorporación de nuevos vínculos en la vejez, pues las personas mayores no solo mantienen y optimizan relaciones que han sido establecidas en etapas anteriores de sus vidas, sino que además continúan generando nuevos vínculos que se incorporan a sus redes por medio de su participación social, por ejemplo a través de la participación en espacios educativos. Estas renovaciones en la red aportan evidencias de los recursos que poseen las personas mayores para afrontar los cambios, continuar desarrollándose y lograr elevados niveles de bienestar en esta etapa de la vida.

Por otra parte, estos argumentos explicativos servirían también para justificar los resultados obtenidos respecto a la H3.1.4.4 (que sostenía que el estado laboral no influye en los sentimientos de Soledad y Aislamiento social), la cual ha sido corroborada. Nuestro resultado se contradice con diversos estudios que han indicado que en esta etapa vital se produce una reducción de las redes sociales y de los contactos personales que puede conducir a la soledad y al aislamiento en ciertas personas. En estos estudios se argumenta que tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social. Pero las implicaciones de la jubilación van más allá de las meramente económicas. Los problemas para adaptarse a esta nueva etapa vital pueden desembocar en una crisis de identidad, que lleva aparejada una serie de sentimientos como tristeza, inutilidad, tedio y soledad. Supone una ruptura respecto a la vida anterior, en la que se modifican las actividades cotidianas. La desorganización de la vida, unida a la ausencia de iniciativa para encarar la nueva situación y la desvinculación social, es uno de los principales factores de

riesgo que conducen a experimentar sentimientos de soledad. Tal y como señala Iglesias de Ussel (2001), aunque buena parte de las personas esperan con ilusión esta nueva etapa o, cuando menos, no entraña ningún problema, hay algunas personas mayores que la viven como un acontecimiento traumático.

El estereotipo del jubilado incluye entonces el aislamiento social como una de sus características principales. Y por lo tanto, los datos obtenidos rompen el estereotipo del jubilado pasivo y aislado socialmente, superando la visión de las personas mayores como personas marginadas: los estereotipos del siglo pasado ya no sirven para la actual generación de personas mayores. En las recientes cohortes, las experiencias de jubilación de la generación *baby boomers*, es decir, de la mayoría personas mayores actuales, han incrementado su compromiso, en los campos formales e informales de la participación social. Son ejemplos el voluntariado, actividades de ocio y el contacto con familiares y amigos. En los trabajos consultados se han identificado como los *baby boomers* o como la *generación sandwich*, por su posición intermedia respecto a las necesidades de sus hijos/as (a veces incluso de nietos/as) y de sus ascendientes (padre, madre, suegro y/o suegra), pero también por su posición clave entre las demandas de la familia, el empleo y el deseo de vivir sus propias vidas (Künemund, 2006). Según Majón-Valpuesta, Ramos y Pérez-Salanova (2016), durante el ciclo vital de la generación *baby boomers*, se observa el abandono del tradicional concepto de vejez y el surgimiento de nuevas construcciones sociales. Estos nuevos imaginarios sociales incluyen aspectos, como la negación del calificativo de “viejos”, que vinculan a las personas *baby boomers* como la generación que “espera más de la jubilación”. En la jubilación, algunos elegirán realizar nuevas actividades que puedan suponer un desafío, reto o aventura en sus vidas, mientras que otros simplemente aumentarán su participación en actividades en las que previamente estaban implicados. Destacando la existencia de un nuevo perfil de jubilado implicado en la realización de nuevas actividades, las cuales permiten ampliar o fomentar el crecimiento de sus redes de apoyo social y evitar el aislamiento social. Estas nuevas tareas responden a la necesidad de construir “roles” sustitutos de aquellos que se desempeñaban en el trabajo y construir una nueva identidad como jubilado o retirado, hechos que han jugado un papel fundamental en la promoción de actitudes importantes para la participación social (Majón-Valpuesta et al., 2016; Sargent, Lee, Martin, & Zikic, 2013).

A continuación, en relación a la H3.1.4.2, dicha hipótesis se ha cumplido, pues los análisis multivariados han mostrado que la Situación Laboral afecta a los niveles de

Satisfacción vital y Bienestar Psicológico, aunque el tamaño del efecto es bastante pequeño para ambos. No obstante, el efecto que ejerce el estado laboral en cada variable independiente no es el esperado, ya que en un principio se esperaba que las personas que trabajaban mostrarían las mejores calificaciones en Bienestar y Satisfacción con la vida, y pensionistas o desempleadas el peor, mientras que los jubilados y amas de casa se encontrarían en una posición intermedia. Pero los datos obtenidos han mostrado que principalmente las diferencias se encuentran en el factor Relaciones positivas con los demás y en la Satisfacción con la vida presente. En el primer caso, las personas Desempleadas o que reciben una prestación por Invalidez puntúan más en este factor del Bienestar Psicológico que el resto de situaciones laborales. Como ya se ha comentado, las personas que puntúan alto en esta dimensión del Bienestar tienen más empatía, afecto e intimidad y apertura hacia las personas, les preocupa el bienestar de los demás y mantienen relaciones estrechas y cálidas. No se ha encontrado en la literatura revisada estudios que justifiquen este resultado, aunque a priori los datos pueden sugerir que las personas que han vivido situaciones difíciles y que han tenido dificultades para acceder al mercado laboral, con las subsiguientes consecuencias derivadas (menores ingresos, menor red social, problemas salud), pueden desarrollar en mayor medida un mecanismo de compensación para afrontar dicha situación, como el generar y desarrollar relaciones profundas e íntimas con los demás, basadas en la empatía o en la generosidad y amabilidad, es decir, ejercitando así la inteligencia social y las habilidades sociales que les ayudaría a tomar decisiones consecuentes y responsables pudiendo discernir entre qué es lo más adecuado para la salud mental y evitando así las relaciones tóxicas que son las que nos generan sufrimiento y malestar. Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la importancia de las relaciones sociales nos indican que contar con relaciones de confianza, intimidad, y basadas en el apoyo mutuo, ayuda a reducir el riesgo de padecer una enfermedad. Quizás, las personas mayores desempleadas o con invalidez (y que por lo tanto no han podido o pueden trabajar), adopten esta estrategia y fomenten más sus habilidades sociales como mecanismo para su propio crecimiento y desarrollo personal, dada su situación en la que el trabajo no puede constituir un ámbito existencial en el que se construye y perfila parte de la identidad personal y social de la persona.

En el segundo caso, los análisis mostraron las diferencias significativas entre las categorías laborales en la Satisfacción con la vida presente, según las cuales las personas Jubiladas manifiestan un mayor nivel de Satisfacción vital presente que las otras categorías laborales. Los hallazgos sobre este tema según Wang y Shultz (2010), señalan posiciones

contradictorias sobre si la jubilación tiene efectos negativos, positivos o nulos sobre el bienestar subjetivo. Por un lado, hay estudios que indican que los jubilados tienden a informar de peor salud física, mayor depresión y soledad, menor satisfacción con la vida y felicidad, una visión menos positiva sobre la jubilación y niveles más bajos de actividad. Otros han encontrado lo contrario, que la transición y el ajuste de la jubilación tienen un impacto positivo en la satisfacción con la vida, niveles de salud y estrés. Finalmente, también se ha hallado que la transición y el ajuste no tienen ningún impacto en los jubilados. En concreto, en la investigación de Wang (2007), usando muestras representativas de EEUU, pudo demostrar que aproximadamente el 70% de los jubilados experimentaron cambios mínimos en el bienestar psicológico; alrededor del 25% de los jubilados experimentaron cambios negativos en bienestar psicológico durante la etapa de transición inicial, pero mostró mejoras después; y alrededor del 5% de los jubilados experimentaron cambios positivos en el bienestar psicológico. Hallazgos que fueron corroborados por Pinquart y Schindler (2007), esta vez con una muestra de jubilados alemanes, e igualmente concluyeron que la jubilación no es una transición uniforme, y que las personas ricas en recursos (económicos, sociales, educativos) tienen menos probabilidades de experimentar cambios relacionados con la jubilación en su satisfacción vital, es decir, que la satisfacción vital o bienestar tras la jubilación depende de otras variables o circunstancias vitales. La reacción a la jubilación, varía de un sujeto a otro, dependiendo también de sus condiciones sociales. Por ejemplo, Hershey y Henkens (2014), mostraron que aquellos que se retiraron voluntariamente de la fuerza de trabajo informaron niveles más altos de Satisfacción vital percibida en comparación con los que permanecieron empleados, mientras que los puntajes de satisfacción con la vida de aquellos cuya partida fue involuntaria (por razones de salud, razones de organización) resultaron ser los más bajos. Otros factores que tuvieron un efecto en la satisfacción fueron los cambios de salud positivos y negativos experimentados durante el período de seis años tras la jubilación, así como los cambios en el estado civil debido al divorcio o la pérdida de un cónyuge.

Así, nuestro resultado es congruente con el obtenido por investigadores como Pino-Domínguez et al. (2014), con una muestra representativa española formada por 1106 personas de 60 años o más. Estos autores observaron que, aunque la satisfacción con la vida y su relación con el estado laboral fue más alto entre la gente que trabajaba, sin embargo, cuando controlaron por la edad, fueron los jubilados el grupo más satisfecho no solo con su estado de actividad, sino también con el uso del tiempo libre. El hecho de que los participantes jubilados de nuestro estudio experimenten mayor satisfacción vital en el momento presente

que el resto de categorías laborales, quizás sea debido a las características o singularidades de este grupo de población analizado, las cuales ya hemos descrito anteriormente: la media de edad se sitúa en torno a los 63 años, muchos de ellos recién jubilados, motivados y activos, con buena salud, y un nivel económico y educativo alto. Todos estos factores combinados influyen positivamente en su satisfacción vital. La jubilación significa el final del ejercicio de una vida profesional, pero no el final de la vida misma. Una cosa es dejar de desempeñar un trabajo remunerado y otra muy distinta perder las capacidades para el ejercicio de actividades y ocupaciones gratificantes para la persona y útiles para la sociedad. Es decir, se trata de un perfil de personas mayores que están envejeciendo exitosamente y que disponen de múltiples recursos para afrontar su envejecimiento, para estas personas la jubilación les supone una etapa de oportunidades en la cual disponer de mayor tiempo y dedicación para su crecimiento personal y poder desarrollar aquellas actividades que desean, les gustan y que favorecen además su desarrollo personal.

En último lugar, también se ha cumplido la H3.1.4.3, es decir, se han detectado diferencias significativas en los indicadores de Salud a nivel global y multivariado en función de la Situación laboral. Sin embargo, nuevamente, los resultados obtenidos no son los esperados a priori. Básicamente el estado laboral afecta únicamente a la dimensión del Autocuidado interno, es decir, los datos indican que las personas que se dedican a las tareas domésticas implementan más conductas para mantener, equilibrar la mente y regular las emociones que el resto de categorías laborales. Resultado que se contradice con el obtenido en la investigación de Tan et al. (2017), con una gran muestra de personas mayores de 60 años, en la cual los trabajadores remunerados tenían niveles significativamente más altos de actividad física, redes sociales más extensas, mejor función cognitiva, menos discapacidad y menor riesgo de demencia que los jubilados y amas de casa. Los trabajadores remunerados tenían una carga de enfermedades crónicas significativamente más baja que los jubilados y calificaban su salud como mejor que los jubilados y los desempleados. No obstante este estudio se elaboró en Singapur, por lo tanto estas conclusiones no se pueden del todo generalizar a nuestro contexto sociocultural.

Si bien, todavía hay muy poca evidencia sobre el trabajo doméstico y la salud en las personas mayores, en general diversos estudios han encontrado que la asociación del trabajo doméstico con la salud de las personas mayores no es significativa (Lawlor, Taylor, Bedford, & Ebrahim, 2002; Wen, Liang, Zhu, & Wu, 2013). Y se contradice, en parte, con algunos

autores que han descubierto que la jubilación tiene un efecto negativo sobre la salud mental y física de la persona jubilada (Fujikawa et al., 2011; Fujiwara et al., 2016; Hammerman-Rozenberg et al., 2005), mientras que otros investigadores no apoyan estos resultados (Mein, Martikainen, Hemingway, Stansfeld, & Marmot, 2003; Van Solinge, 2007).

Por otro lado, nuestro resultado puede ser compatible con la investigación de Pino-Domínguez et al. (2014) antes comentada, donde los trabajadores que aún estaban en activo fueron los que valoraron su estado de salud más positivamente, seguido por los jubilados/as, amas/as de casa y pensionistas, es decir, en dicho estudio hubo una diferencia significativa en salud en función del estado de actividad, incluso controlando por la edad: los pensionistas calificaron su estado de salud como el peor, mientras que los amas/os de casa no mostraron ninguna diferencia significativa en comparación con el grupo retirado. No obstante, en una investigación posterior de estos mismos autores, Pino-Domínguez et al. (2016), que pretendía analizar las diferencias de género entre personas jubiladas y amas de casa en salud percibida, mostró que los hombres jubilados informaron un estado de salud significativamente mejor que las amas de casa. El estado de salud percibida estaba estrechamente relacionado con la salud física, mental y funcional y las actividades de ocio. Finalmente, ser una mujer con total dedicación al trabajo doméstico se asociaba con un peor estado de salud percibida.

En nuestro país, todavía existe una distribución desigual de las actividades domésticas, las actividades relacionadas con el hogar y la familia han sido culturalmente asignadas a las mujeres en España, especialmente entre la generación de personas mayores, que siguen una asignación de roles tradicional (Pino-Domínguez et al., 2014), y aunque los hombres han aumentado la cantidad de tiempo asignado a algunas actividades relacionadas con las funciones domésticas (como el cuidado, por ejemplo), su contribución a estas actividades sigue siendo inferior a la de las mujeres. El trabajo doméstico se trata de una actividad que tiene como escenario físico y simbólico no sólo el hogar o ámbito doméstico sino también la familia expresado a través del cuidado. Y a pesar de ser un duro trabajo no remunerado, sin reconocimiento social y prestigio, que prácticamente hasta el día de hoy se asume casi por imposición en gran medida por parte de las mujeres, y a pesar de que emocionalmente puede dársele valor, hay núcleos familiares y sociales que no contemplan la importancia y dificultad de conducir una familia, cada día y sin descanso. Asimismo, ser ama/o de casa es una labor cuya posibilidad de descanso y de desconexión es menor y, en ocasiones, nula. Las exigencias que acompañan a este trabajo pueden mermar fuentes alternativas de satisfacción,

menoscabando así su estado de ánimo y su salud general. La falta de reconocimiento y la invisibilidad del trabajo doméstico pueden reducir en gran medida la autoestima de las mujeres y hombres que lo asumen, con o sin ayuda, el cuidado y las tareas del hogar. Y son diversos los estudios que indican que las amas de casa presentan un peor estado de salud en comparación a las mujeres que trabajaban fuera del hogar, como ya hemos comentado.

Una posible explicación del hallazgo encontrado referente al mayor nivel de Autocuidado interno que llevan a cabo las persona que se dedican a las tareas domésticas, tal vez sea debido a que la actividad física en las tareas domésticas beneficiaría ciertos aspectos de la salud, pero, las características del trabajo doméstico quizás no solo incluirían la dimensión de la actividad física (limpiar, planchar, etc.), sino también las dimensiones de la actividad psicológica y social (especialmente de cuidado infantil, cuidado de ancianos y compras: de hecho, no es difícil percibir que estos tres tipos de tareas domésticas tienen la característica común de las interacciones interpersonales). Estas características serían útiles para analizar los efectos inconsistentes y contradictorios en la salud del quehacer doméstico que se han hallado en distintas investigaciones. Gestionar nuestro tiempo es uno de los grandes desafíos de hoy en día y el autocuidado son básicamente todas aquellas tareas y hábitos que incluimos en nuestra rutina para dedicarnos a cuidar de nosotros mismos o mejorar nuestra salud. Las características del trabajo doméstico nos pueden llevar a involucrarnos en multitud de actividades exigentes, que suponen un esfuerzo físico y mental, y que a largo plazo, si no contamos con unos hábitos adecuados de autocuidado, pueden pasar factura resintiéndose la salud. Y la salud es un requisito básico para que todo lo demás funcione. Así, las Amas/os de casa, son quienes cuidan vitalmente a los otros (familias, hijos e hijas, parientes, comunidades, personas dependientes, entornos). En este sentido, dejar de cuidarse es un error demasiado común que muchas veces puede derivar en consecuencias no demasiado positivas para el ánimo y el sentir de las personas, lo que junto con la falta de reconocimiento de esta labor, puede dar lugar a problemas de ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

En resumen, nuestra investigación proporciona evidencia sobre aquellas personas mayores que se dedican en exclusiva al trabajo doméstico y cómo es su afrontamiento para lograr al envejecimiento exitoso, las cuales tienden a utilizar estrategias distintas y personales para lidiar con el malestar emocional y buscar sosiego, tomar consciencia de cómo se vive el estrés: hacer ejercicio, escuchar música, bailar, leer, reír, meditar, masajes, rezar, escribir, ver películas, estar con amigos. En otras palabras, el cuidado de lo que se piensa, se siente y creé,

actitudes que por otra parte les ayuda a sentirse mejor y lidiar con el día a día y afrontar su envejecimiento de una forma más exitosa. No obstante, el tamaño de efecto de estas diferencias detectadas es muy pequeño, y además en esta categoría laboral hay muy poca representación muestral, por lo que los resultados son difícilmente generalizables.

## **10.2. Relaciones entre Envejecimiento con éxito y la calidad de la red familiar**

En este apartado se discutirán los resultados obtenidos tras los análisis efectuados con el fin de conocer cómo se relaciona la red familiar más próxima y la frecuencia de relaciones que se mantienen con ésta, en los indicadores que hemos seleccionado en la presente investigación como componentes de envejecimiento activo, saludable o exitoso. Es decir, cómo las relaciones de parentesco y la dinámica familiar, ya sea con familiares más directos o no, bien ya sea con un contacto más o menos intenso, son un recurso importante para afrontar el envejecimiento y para la solidaridad familiar o la ayuda mutua entre los miembros, porque cultivar las relaciones personales, el dedicarse a la familia, y el sentirse respetado e influyente en la propia comunidad puede ser relevante para el bienestar personal y la felicidad. En particular en las personas mayores, la familia es un pilar importante para vivir su envejecimiento, con autonomía e independencia dado que para la gran mayoría de ellos, la familia es la principal fuente de apoyo emocional y juega un papel fundamental al proporcionar sentimientos de arraigo, seguridad, capacidad, autoestima, confianza y apoyo social. Y también, al mismo tiempo, las personas mayores suelen ser el gran pilar y sostén en las familias, son quienes la mantienen unida, realizando tareas como por ejemplo, el cuidar de los nietos cuando los padres no pueden conciliar las labores de crianza con la actividad laboral. Se trata no solo de una actividad que favorece la vinculación familiar, sino que también la mayor parte de estudios realizados indican que las personas mayores que se sienten necesitadas por los suyos suelen vivir más y con mayor calidad de vida. No se trata pues de que solamente estén juntas sino que también de que se relacionen entre sí y compartan tiempo y conocimiento.

### 10.2.1. Relaciones entre el número de miembros de la red familiar y el envejecimiento con éxito

#### **Objetivo específico planteado:**

OE3.2.1. Analizar la calidad de la familia y redes sociales, teniendo en cuenta su tamaño o miembros (Hijos, Nietos y Padres Vivos) y las relaciones con los indicadores de envejecimiento con éxito, activo y saludable.

#### **Hipótesis planteadas:**

H3.2.1.1. Una red de familiares más grande se relacionará con niveles más elevados de Recursos Sociales: Apoyo social y Red Social.

H3.2.1.2. Una red de apoyo social de familiares más grande se relacionará con niveles más elevados de Bienestar y Satisfacción con la vida.

H3.2.1.3 Una red de apoyo social de familiares más reducida se relacionará con niveles más elevados de Depresión y niveles más bajos de Salud percibida y Autocuidado.

H3.2.1.4 Una red de apoyo social de familiares más reducida se relacionará con niveles más elevados de Soledad y Aislamiento social.

Se confirman en un principio las tres primeras hipótesis planteadas para el objetivo OE3.2.1, dado que se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el número de Hijos y Nietos con los indicadores evaluados: Recursos Sociales, Bienestar y Satisfacción vital y Salud. Mientras que la H3.2.1.4, no se ha cumplido, pues el número de Hijos o de Nietos no se correlaciona significativamente con menores niveles de Soledad o Aislamiento social. Por otro lado, tampoco se observaron relaciones entre estos indicadores o variables dependientes y el número de padres vivos o ascendientes.

En un segundo momento se llevaron a cabo análisis estadísticos mediante correlaciones de Spearman para estudiar las relaciones más detalladamente, que mostraron la presencia de asociaciones positivas y estadísticamente significativas entre el número de Hijos y Apoyo social afectivo, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás y Autocuidado interno. Por otro lado el número de Hijos no se asoció con menores niveles de Soledad y Aislamiento.

Si nos atenemos al número de Nietos, de nuevo se observaron relaciones estadísticamente significativas y de signo positivo para los componentes Apoyo social afectivo, Propósito de vida, Satisfacción con la vida futura, Autocuidado interno y Autocuidado social. No se hallaron tampoco asociaciones entre el número de Nietos y los niveles de Soledad y Aislamiento percibido.

En relación al número de ascendientes vivos, es decir, a los padres que todavía viven y su relación con los indicadores de envejecimiento con éxito analizados en este estudio, los análisis de correlación efectuados no mostraron ningún tipo de asociación estadísticamente significativa entre estas variables dependientes.

El apoyo social es un factor protector de la salud como ya se ha visto. La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y adoptan diferentes estilos de funcionamiento familiar. En el actual contexto socio-histórico caracterizado por ser un tiempo que todo cambia muy rápidamente, la percepción de apoyo social y familiar es importante para dar significación a la vida. Los cambios que se producen en el interior de la familia influyen fuertemente en sus miembros, sobre todo cambios demográficos, legislativos, de valores o de roles hacen que en comparación con generaciones anteriores, aparezcan unos “nuevos” perfiles de padres, hijos...y también de personas mayores. Hoy en día, estas transformaciones de la familia se pueden rastrear en la vida cotidiana, por ejemplo roles de género más igualitarios, incorporación de la mujer al mundo laboral, familias con pocos hijos, red social de prestaciones públicas, permanencia de los hijos en el hogar durante más tiempo, cambios en las relaciones padres e hijos, etc. (Rodríguez-Rodríguez et al., 2011).

En este contexto actual, las relaciones familiares adquieren matices diferentes de los que tuvieron hasta no hace mucho y son esenciales cuando el individuo envejece, un hecho del que la literatura científica internacional ha sido testigo (Rojo-Pérez, Fernandez-Mayoralas, & Rodríguez-Rodríguez, 2015). La red familiar se compone de aquellos parientes que acompañan al individuo a lo largo de la vida. Esta red puede diferenciarse en básica (familiares o parientes con los que se convive en el mismo hogar) y extensa (aquellos con los que no se convive en el mismo hogar). Estos términos de familia básica y extensa no hacen referencia a proximidad afectiva, sino a convivencia o no en el mismo hogar.

A la hora de examinar la red familiar, en este estudio se ha optado por analizar la proximidad afectiva de los contactos familiares y su relación con el envejecimiento satisfactorio. Es decir, no se han evaluado indicadores específicos de convivencia en el mismo hogar, pues el perfil de los participantes, como ya se ha comentado, se caracterizaba porque la mayoría de ellos estaban casados (más del 70%) y convivían en el momento del pase de la encuesta, al menos, con la pareja, la cual constituye como la persona principal de la red familiar básica de los mayores. La ayuda informal por parte de los familiares es la más extendida en el ámbito de las personas mayores y es además la más deseada.

A nivel general, los resultados obtenidos se relacionan con el estudio de Litwin & Stoeckel (2014), que también muestra que los lazos familiares accesibles pueden ser fuertes correlatos de bienestar en este segmento de población y que, en concreto, los tipos de redes familiares próximas (hijos, nietos o la presencia de padres muy mayores debido a la edad relativamente joven de la población estudiada) fueron más prevalentes en los países del sur de Europa, como el caso de España. Estos autores hallaron que entre las relaciones más importantes para las personas mayores se encuentran en este orden: la pareja, los hijos y nietos, el resto de familiares y los amigos.

Los parientes cercanos brindan muchas funciones importantes a medida que las personas envejecen, lo que afecta sin duda a la salud, al bienestar psicológico, al bienestar financiero y la felicidad, es decir, a su calidad de vida en general. Según diversos estudios, los que no tienen familiares o bien éstos no viven cerca informan de tasas más altas de soledad y experimentan riesgos elevados de enfermedad crónica. La disponibilidad de familiares está implicada repetidamente en estudios de envejecimiento saludable, y la falta de ellos se encuentra entre los factores sociales más positivamente asociados con la institucionalización e incluso la mortalidad en las personas mayores (Verdery & Margolis, 2017).

En nuestro estudio, se ha observado en primer lugar, que el número de Hijos se asocia significativamente con algunos indicadores del envejecimiento con éxito, saludable y satisfactorio, tal y como sugieren diversos estudios (Margolis & Myrskylä, 2011). En concreto, se ha constatado que a mayor número de Hijos, mayor es la percepción de apoyo social afectivo. Este tipo de apoyo se refiere al apoyo expresivo, es decir, al uso de las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas como un medio a través del cual el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas (compartir sentimientos, sentirse querido, valorado y aceptado por los demás). Las personas mayores sin hijos por lo general,

tienen redes sociales más pequeñas que aquellos que han sido padres, y las personas mayores institucionalizadas tienen redes sociales más pequeñas también que aquellos que viven en sus propios hogares y que por lo tanto mantienen relaciones cercanas con sus familiares o comunidad (Koropeckyj-Cox & Call, 2007; Verdery & Margolis, 2017).

Como ya hemos visto, las personas mayores y sus hijos mantienen contactos frecuentes mediante los cuales mantienen intercambios sociales entre ellos, es decir reciben y dan ayuda, apoyo, afecto, consejo o dinero, etc. En otras palabras, reciben el apoyo por parte de sus hijos (ayuda económica, apoyo emocional, cuidados en momentos de enfermedad o ayuda para mantener la casa), y al mismo tiempo, ofrecen ayuda de diversa índole, como por ejemplo, económica, cuidando a los nietos, etc. Las relaciones con los hijos por tanto son frecuentes, si bien la proximidad física es una condición importante para ello, de manera que las personas mayores se relacionan sobre todo con aquellos hijos que tienen más cerca. Distintos estudios coinciden en señalar que son los hijos los principales proveedores y a la vez receptores del apoyo emocional (afecto, confianza, compañía, orientación, etc.) y de apoyo instrumental tanto recibido como el proporcionado por las personas mayores (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa). Pero también se ha constatado en ciertos estudios que las relaciones entre padres e hijos durante envejecimiento varían en función del género: son las hijas las que asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras de padres enfermos o cuando estos envejecen, mientras que los hijos varones se responsabilizan de la toma de decisiones y del apoyo financiero de la familia y esto es debido, en la mayoría de los casos, por los roles de género diferenciales todavía vigentes en nuestra sociedad en donde las mujeres siguen siendo las principales proveedoras de atención y cuidados (Abellán et al., 2018). Siempre que las personas mayores tengan varios hijos, las preferencias en la solicitud de ayuda son, concretamente hacia el hijo o hija con quien más se relacionen. Así, la mayor seguridad de apego se asocia con redes más grandes y por relaciones caracterizadas por el intercambio recíproco en contextos familiares, y las personas con mayor seguridad son probablemente más cómodas con la intimidad emocional y las expresiones de afecto y amor que caracterizan relaciones fuertes (Fiori, Consedine, & Merz, 2011).

La función afectiva de la familia es muy importante, amplia y compleja. El apoyo reduce los niveles de estrés y aumenta la resiliencia frente al envejecimiento, pues representa un gran recurso de adaptación o afrontamiento para un buen o mal ajuste al proceso de envejecimiento. Un clima de intimidad y cercanía entre los integrantes de la familia

constituye una forma adecuada para enfrentar situaciones estresantes, lo cual favorece el desarrollo y bienestar emocional de todos, dado que es una importante fuente de emociones positivas. Para las personas mayores, este entorno de seguridad es esencial a medida que envejecen para su estabilidad emocional sobre todo en esta etapa vital donde hay un mayor riesgo de deterioro de salud y vulnerabilidad. Además la interacción entre los miembros de la familia, especialmente si ésta es positiva y satisfactoria, es la fuente natural de los sentimientos humanos, dada la naturaleza social de éstos, y estos sentimientos positivos como por ejemplo el amor, enriquecen la experiencia vital de cada persona. Para Abraham Maslow, el padre de la Psicología Humanista, el amor lo considera dentro de las necesidades básicas del ser humano (Riveros, 2014), y en particular en la relación entre padres e hijos tiene lugar el amor altruista. Durante las interacciones entre los miembros, la comunicación y apoyo emocional constituye una poderosa herramienta para la adopción de conductas saludables entre las personas mayores. En diversos estudios sobre la relación entre las emociones y la salud han mostrado que las emociones pueden desencadenar distintas reacciones, tales como la posibilidad de alterar la respuesta inmunitaria y el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas de nuestro cuerpo tanto a nivel físico como mental. Conforme las personas envejecen, la salud se posiciona como requisito básico y fundamental para mantenerse activo y salvaguardar su nivel de autonomía. El hecho de contar con un buen estado de ánimo y mantener relaciones familiares positivas, puede facilitar la adaptación (manejo del estrés) al envejecimiento y unas relaciones interpersonales de calidad (autoestima); lo que beneficia, a su vez, la percepción del propio estado de salud (Ortega-Navas, 2010).

También el número de Hijos se relaciona con dos dimensiones del Bienestar Psicológico, en particular con: Crecimiento personal y Relaciones positivas con los demás. Es decir, por un lado, tener Hijos se asocia con la percepción de mayor bienestar y con relaciones sociales positivas, es decir, con la capacidad de mantener relaciones cálidas y estrechas con los demás basadas en la confianza mutua y la empatía. Y por otro, tener Hijos se relaciona también con la sensación de tener mayor capacidad de aprender de nosotros mismos y abrirnos a experiencias nuevas que permitan el desarrollo emocional, espiritual en todos los aspectos personales del individuo (Crecimiento personal). En otras palabras, tener mejor conciencia de uno mismo y descubrir la propia identidad con el fin de impulsar el desarrollo de los propios potenciales y las habilidades personales y relacionales. En varias investigaciones se ha constatado que las características de la red de apoyo familiares influyen indirectamente en el bienestar psicológico (Antonucci et al., 2014; Fuller-Iglesias, 2015; Litwin & Stoeckel, 2014)

y además la cercanía subjetiva con la familia se asocia con la satisfacción con la vida y la felicidad (Nguyen, Chatters, Taylor, & Mouzon, 2016). Es decir, en este sentido, tener descendencia se asocia positivamente con los componentes del Bienestar que más relación tienen con la generatividad. Puesto que tal y como sostienen Villar, López y Celdrán (2013), la generatividad también implica un componente de desarrollo personal, de crecimiento y de madurez. Así, la actividad generativa en la vejez no implica sólo contribuir a la mejora y sostenimiento de los contextos en los que participan, sino también una actividad que da sentido y propósito a la vida de los mayores. Contribuir aporta no sólo beneficios para los demás, sino también recompensas personales.

En relación al número de Hijos y los indicadores de Salud, también se observan asociaciones significativas positivas, pero únicamente con el factor Autocuidado interno. En parte, este resultado es congruente con el obtenido por Rodríguez-Blázquez, Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez, Martínez-Martín y Forjaz (2017) en relación a la salud percibida, usando datos de personas mayores de 50 años que viven en la comunidad y que fueron participantes del *Estudio longitudinal Envejecimiento en España*, (Encuesta piloto ELES-PS). En dicho estudio, tampoco se halló una asociación entre el tamaño de la red familiar y la autoevaluación de la salud, como han indicado otras investigaciones realizadas en el contexto europeo (Antonucci et al., 2014; Stephens, Alpass, Towers, & Stevenson, 2011) o asiático (Li & Zhang, 2015). Estos últimos autores descubrieron que el tipo de red enfocada en amigos es más beneficiosa para la salud física mientras que el tipo de red centrada en la familia es más beneficiosa para la salud psicológica (Li & Zhang, 2015).

Una posible explicación del por qué el número de Hijos se relaciona especialmente con la adopción de más conductas de Autocuidado interno (comportamientos o actividades dirigidas a equilibrar los pensamientos, emociones o sentimientos con el fin de lograr un mayor bienestar y mejor salud), sería que, en cierta medida, el autocuidado es concebido por las personas mayores como una responsabilidad personal para regular el estado anímico y mental de la persona, es decir, como una importante estrategia para afrontar mejor el envejecimiento y dar así lo mejor de sí mismos a sus seres más queridos. Los padres que se sienten bien consigo mismos pueden ser mejores padres, mejores hijos y mejores abuelos. Cuando estamos y nos sentimos bien con nosotros mismos, fortalecemos nuestra autoestima y sentido de autovaloración, lo que nos hace más fuertes para enfrentar los retos de la vida.

Por el contrario y a pesar de los muchos resultados obtenidos en varias investigaciones sobre este tema, la hipótesis de que tener Hijos se asocia con menores niveles de Soledad y Aislamiento social en las personas mayores no se ha cumplido entre los participantes de nuestro estudio. En un principio se especuló que debido a que los parientes o familiares constituyen la parte dominante de las redes más cercanas, no es sorprendente que la soledad prevalezca más entre los que nunca se casaron, enviudaron y se divorciaron, los que no tienen hijos y los que no tienen pareja (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Ong, Uchino, & Wethington, 2016). Por supuesto, no todos los familiares cercanos están en contacto, geográficamente próximos, emocionalmente íntimos, o están dispuestos o son capaces de intercambiar recursos, pero la disponibilidad de parientes es una condición necesaria para el suministro de tales funciones (Verdery & Margolis, 2017). También, parece un hecho comprobado que la soledad de las personas está directamente relacionado con la menor densidad y calidad de sus redes (Hawkley et al., 2008; Victor et al., 2006), pero en cambio, tal y como se observa en nuestros resultados se contradicen estos supuestos y con el obtenido por otros autores que indican que los contactos frecuentes con padres e hijos adultos y el apoyo entre los miembros de la familia fueron importantes para prevenir y aliviar la soledad en las personas mayores (Fokkema & de Jong Gierveld, 2012; Sanchez, de Jong Gierveld, & Buz, 2014).

Así, una posible interpretación de este resultado puede ser porque en realidad, lo que importa no es el tamaño de la red, la cantidad de amigos o familiares, sino la calidad de la relación y de la interacción, quizá la familia no protege tanto de la soledad como tu grupo etario, porque tiene menos referentes que compartir. Los participantes de nuestro estudio se caracterizan principalmente porque todos ellos participan en un programa universitario para mayores, y por lo tanto, están favorecidos en relación a sus interacciones sociales dado que comparten espacios, contactos y relaciones con personas mayores en su misma situación lo que les alivia de los posibles sentimientos de soledad. Es decir, tienen lo que necesitan, interacción con personas con sus mismas circunstancias, inquietudes (por ejemplo, la salud), problemas (por ejemplo, la pensión), actitudes, motivaciones (por ejemplo, culturales o educativas), etc. De ahí el éxito de los programas de aprendizaje para mayores, porque los sitúa en un contexto retador cognitivamente, pero están acompañados socialmente por personas de generaciones similares y por lo tanto con los que comparten mucho...ergo...se sienten acompañados.

En segundo lugar, y en relación a las relaciones entre el número de Nietos y las variables dependientes analizadas en este estudio, quizás los mismos argumentos y explicaciones que se han dado para intentar justificar las relaciones entre los indicadores de envejecimiento con éxito y el número de Hijos serviría para justificar las asociaciones encontradas entre el número de Nietos, pues son muy similares. Básicamente se encontraron correlaciones positivas y significativas con el factor Apoyo social afectivo, con Autocuidado interno, con el componente Propósito de vida del Bienestar Psicológico y con la Satisfacción vital futura. Tal y como se observa, las asociaciones entre tener Nietos y el Bienestar o Satisfacción difieren respecto al número de Hijos, pues se asocia con componentes diferentes. Pero al igual que en el caso anterior no se encontraron asociaciones significativas ni positivas ni negativas con las variables que miden el nivel de Soledad o aislamiento. Como ya hemos comentado en otros apartados, según la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1995), las personas se vuelven emocionalmente selectivas a medida que envejecen y, por lo tanto, eligen mantener principalmente sus relaciones más cercanas (es decir, las relaciones familiares), incluidas las relaciones abuelo/a-nieto/a. En cuanto a la relaciones con el Bienestar Psicológico, tener nietos tiene algún matiz diferencial con el hecho de tener hijos, pues principalmente para este grupo de personas mayores los nietos constituyen un factor importante para su satisfacción vital futura, y un motivo importante para dar significado y propósito de vida. Este resultado es similar al obtenido por Moore y Rosenthal (2015), que a través de una encuesta a 1205 abuelas, en donde entre otras cosas, se evaluaba el número de nietos y la frecuencia de contacto con ellos junto con la satisfacción vital, hallaron que el rol de abuela/o es un rol gratificante y las personas que son abuelos/as generalmente tienen una sensación positiva de crecimiento personal. Es decir, observaron que los participantes con nietos tuvieron una sensación positiva de vivir vidas productivas, con sentido y que valían la pena, ya que la mayoría reportaron puntajes altos en satisfacción con la vida y generatividad. También es congruente con la investigación cualitativa de Noriega, López, Domínguez y Velasco (2017), pues una de las conclusiones a las que llegaron fue que la interacción con los nietos ayudó a los abuelos a sentirse activos y útiles, aumentó su propósito de vida y les dio una segunda oportunidad de disfrutar lo que no pudieron con sus propios hijos.

Además, la literatura muestra que entre los resultados obtenidos en relación a los efectos positivos que el cuidado de nietos aporta a las personas mayores estarían, entre otros, la satisfacción y el bienestar (López, 2010; Mahne & Huxhold, 2015; Osuna, 2006; Thiele & Whelan, 2006; Thomas, Liu, Umberson, & Suito, 2017; Triadó & Villar, 2008), beneficios

para la salud (Di Gessa et al., 2016a), aumento del apoyo social (Muñoz-Pérez & Zapater-Torras, 2006), propósito de vida e integración e identidad familiar (Cheng, 2009; Noriega, 2015; Villar et al., 2012). En conclusión, los hallazgos empíricos resaltan la importancia que el rol de abuelo puede tener para muchas personas mayores, puesto que ser abuelo puede ser satisfactorio al proporcionar significado, sentido y propósito a la vida, y al mismo tiempo, la sensación de ser valorados cuando las necesidades de desarrollo generativo son mayores (Thiele & Whelan, 2008).

Finalmente, y a pesar de que aproximadamente casi la mitad de los participantes todavía tenía a algún progenitor vivo, los análisis efectuados no han detectado ninguna asociación significativa con las variables dependientes analizadas, de modo que no podemos determinar que tener todavía a los progenitores mayores vivos se asocie con algún indicador de envejecimiento exitoso: ni con Apoyo social, ni Red social ni con Bienestar Psicológico, ni Satisfacción con la vida, Salud percibida, Depresión, Autocuidado, Soledad y Aislamiento social.

No obstante, debido a la mayor esperanza de vida y al envejecimiento de la población, ayudar y cuidar de los padres ancianos se ha convertido en una transición normativa del ciclo vital para este grupo de edad. En otras palabras, a medida que se envejece, más hijos adultos poseen padres mayores que viven hasta edades más avanzadas, y es cuando el tema de la responsabilidad filial se hace cada vez más presente, puesto que las personas muy mayores requieren el apoyo de sus seres queridos, especialmente el de sus hijos, por la mayor incidencia de enfermedades y discapacidad que conlleva el envejecimiento. En la actualidad, la coexistencia en una familia de dos generaciones de personas mayores es algo muy común, aunque la tendencia es que el cuidado que los hijos tendrán que brindar a sus padres tiende a postergarse por los cambios demográficos acaecidos en las últimas décadas. Con el incremento en las expectativas de vida, hoy es posible observar que muchos padres envejecen junto a sus hijos también mayores. Con el transcurso del tiempo, llegará el momento en que la necesidad de cuidar a los padres mayores se volverá posiblemente una realidad (Zegers, 2012). Por “*responsabilidad filial*” entendemos que es el sentimiento de obligación personal que tienen los hijos hacia el bienestar de sus padres mayores; es decir, el de proporcionarles apoyo tangible y la ayuda suficiente para que ellos puedan resolver por sí mismos situaciones estresantes. El constructo de madurez filial adquiere particular relevancia en este contexto. La “*madurez filial*” es un concepto introducido por Blenkner (1965) y parece ser una variable

importante para preparar a los hijos adultos para la tarea normativa de cuidar a sus padres al final de la vida (Marcoen, 1995). El desarrollo de la madurez filial se considera como un reto único de la madurez y está en íntima relación con la tarea de la generatividad formulada inicialmente por Erikson como una exigencia de la edad media de la vida (Zegers, 2012). Es en esta etapa de la vida cuando se aprende a aceptar y satisfacer la dependencia de sus padres hacia ellos. Y aunque normativa, esta tarea no está exenta de posibles tensiones entre las necesidades de independencia y dependencia, entre la ayuda que los hijos adultos pueden y desean dar y la ayuda que los padres esperan y desean recibir. La madurez filial se relaciona con la capacidad de los hijos adultos para interactuar con sus padres en una relación recíproca, percibiéndolos como personas que existen más allá de las relaciones del rol parental: padre/madre-hijo/hija, entendiendo sus limitaciones, historia personal y necesidades de ayuda (Marcoen, 1995).

En este contexto, el estudio de las relaciones intergeneracionales ha llamado profundamente la atención durante los últimos años, puesto que son uno de los recursos fundamentales para la provisión de apoyo hacia la población mayor. Pero tal y como se ha visto en algunas investigaciones como la de Lüscher (2011), las relaciones intergeneracionales pueden también generar ambivalencia y dinámicas contradictorias de conflicto y solidaridad, tensiones complejas entre cercanía interpersonal y distancia. Es decir, por un lado, las personas tienen experiencias sobre altas expectativas hacia sus padres y por otra parte, manifiestan al mismo tiempo un gran esfuerzo por mantener su propia autonomía e independencia. Otra prueba de esta ambigüedad intergeneracional es la investigación de Perrig-Chiello y Sturzenegger (2001), autores que estudiaron los determinantes psicológicos de los compromisos intergeneracionales (la actitud y comportamiento), en una muestra de personas de mediana edad. En dicho estudio observaron puntuaciones bajas para la obligación filial (actitud), y al mismo tiempo puntuaciones altas para ayuda filial (comportamiento). Es decir, aparentemente la ayuda filial se trataría de un esfuerzo para hacer frente a esta ambivalencia. Lo que significa que esta etapa vital no es solo un momento de desapego, de decir adiós y de dolor, sino que también estas personas se enfrentan cada vez más con la necesidad de ayudar y cuidar de sus padres ancianos, lo que les generan sentimientos ambivalentes y estrés.

Fernández (2012) define una situación ambivalente como aquella en la que una persona se encuentra motivada por orientaciones culturales que predicán y lo inducen a realizar

comportamientos contrapuestos entre sí, como ocurriría en la actualidad con el principio de obligación filial. La creciente tendencia a la privacidad y el individualismo propios de la sociedad actual, que conllevan a nuevos valores y pautas de conducta que priorizan la libertad y autonomía personal, chocaría con los valores tradicionales de ayuda hacia los padres, los cuales se consideran como opciones y ya no como meras obligaciones. Todo ello conduce a serias tensiones y dilemas dado que, por una parte, está la expectativa y el deseo de los hijos adultos de ayudar, apoyar y contribuir al bienestar de sus padres mayores pero, por otro lado, estaría el deseo de liberarse de esta relación y de la dependencia entre generaciones, para mantener los niveles de autonomía necesarios para lograr una plena autorrealización personal (Pillemer et al., 2007). Junto con la individualización, otro factor cultural que puede entrar en contraposición con el deber o responsabilidad filial, es la equidad de género, el cual apela a que hombres y mujeres son iguales, teniendo los mismos deberes y derechos en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Aun hoy, se observa que la práctica de la responsabilidad filial recae principalmente sobre las hijas. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de las personas de edad avanzada, con fuertes presiones sociales para cumplir con este deber, lo cual puede conllevar a un fuerte componente de sacrificio, angustia y de insatisfacción importantes a considerar, especialmente esto es así, para aquellas mujeres que trabajan y tienen sus propias familias, quienes deben repartir su tiempo entre diversas responsabilidades, dejando poco espacio para el desarrollo de sus propios intereses. El papel de cuidadora es muchas veces impuesto para las mujeres, creando tensiones entre su papel social y laboral y su nuevo rol de cuidadora porque tiene que destinar todo o gran parte de su tiempo libre, social y familiar al cuidado, lo cual va en menoscabo del principio de igualdad de género y a la vez del ideal de desarrollo personal impulsado por el individualismo, generándose finalmente importantes contradicciones o ambivalencias (Fernández, 2012).

Sorprende, por tanto, la ausencia de relación en nuestra muestra entre estas variables (tener todavía los progenitores vivos y los indicadores del envejecimiento activo y saludable o exitoso). Que nuestros padres puedan envejecer a nuestro lado, si ello es posible, puede ser una oportunidad excelente para devolver, solo en una mínima parte, lo que ellos hicieron por nosotros. Esta generatividad ampliada se conoce como “gran generatividad”. Desde un punto de vista teórico, el mismo Erikson, en sus últimos escritos plantea este concepto. Como ya se ha comentado previamente, este concepto se refiere a las diversas formas en las que las

personas mayores ayudan a los otros (como padres, como amigos, como mentores...) a la vez que aceptan ayuda de los otros y expresan el interés para perpetuar conocimientos y valores a las futuras generaciones (Erikson et al., 1989). Además el interés y acción generativa puede reforzar el bienestar y funcionamiento de la vida cotidiana de las personas mayores (Triadó, 2018).

Pero en ocasiones para poder ayudarlos hay qué saber cómo hacerlo y cómo ha de ser nuestra actitud más positiva, estar preparados para que este inevitable proceso sea mucho más llevadero para todos. El apoyo que se brinda a los padres mayores puede en ocasiones generar numerosas dificultades, en especial por la mayor dependencia de éstos. Afrontar la situación de dependencia o la proximidad de la muerte de los padres muy mayores puede provocar sentimientos ambivalentes y muchas reacciones emocionales, siendo la frustración uno de los sentimientos más frecuentes, debatirse entre la rabia y la culpa. Por un lado amamos a nuestros padres, pero al mismo tiempo, no soportamos que estén enfermos y sean dependientes generando dudas, miedos, etc. La frustración nos convierte en intolerantes y críticos. Así, lo verdaderamente importante es llegar a la aceptación lo más rápidamente posible (madurez filial). La vejez de los padres representa una responsabilidad adicional para los hijos, particularmente para las mujeres que todavía hoy en día, suelen ser las principales proveedoras de apoyo, una situación que puede reducir la disponibilidad del tiempo libre que se dispone o bien añadir dificultades para el cumplimiento de otras obligaciones familiares y laborales, circunstancia que puede producir finalmente sobrecarga: ansiedad, fatiga, hostilidad, angustia y depresión. Por lo tanto, el dar ayudas y cuidados de manera intensa, fundamentalmente a progenitores con altos niveles de dependencia, tendría implicaciones sobre el bienestar psicosocial de la persona proveedora, afectando a su vez al desarrollo del envejecimiento satisfactorio de los hijos e hijas mayores encargadas de su cuidado. Sin embargo, algunos autores plantean que la relación que se establece entre dar apoyo y el bienestar es más compleja y las consecuencias no siempre suelen ser negativas (Fabá, 2016).

### **10.2.2. Relaciones entre la frecuencia de contacto con la red familiar y el envejecimiento con éxito**

#### **Objetivo específico planteado:**

OE3.2.2. Explorar la calidad de las relaciones familiares y redes sociales, teniendo en cuenta la frecuencia de contacto con los miembros de la red familiar y cómo se relaciona con el envejecimiento con éxito.

#### **Hipótesis planteadas:**

H3.2.2.1. Una mayor frecuencia de contacto con los Hijos se relacionará positivamente con la percepción de Recursos sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud y menor Soledad y Aislamiento social.

H3.2.2.2. Una mayor frecuencia de contacto con los Nietos se relacionará positivamente con mayor percepción de Recursos sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud y menor Soledad y Aislamiento social.

H3.2.2.3. Una mayor frecuencia de contacto con los Padres se relacionará negativamente con Recursos sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud percibida, Autocuidado y positivamente con Depresión, Soledad y Aislamiento social.

A continuación, se discutirán los resultados obtenidos para poner a prueba las hipótesis planteadas que pretenden indagar las relaciones familiares. Partimos del objetivo propuesto según el cual, la calidad de las relaciones familiares, medida en este caso por la frecuencia de contacto (diaria, semanal, mensual, anual o nunca) y según el tipo de contacto: contacto con hijos, nietos o padres vivos, puede influir en el bienestar y en el desarrollo de un envejecimiento satisfactorio. Polizzi y Arias (2014), señalan que entre los vínculos que brindan mayor satisfacción personal, destacan predominantemente la pareja y los hijos, siguiéndole en orden decreciente los amigos, otros familiares como nietos, hermanos, sobrinos, cuñadas y nueras. Son vínculos que poseen características de mucha cercanía y confidencialidad. Dichos vínculos cumplen dos o más funciones de apoyo, entre las que se encuentran fundamentalmente la emocional y la social. La elevada frecuencia de contacto con

ellos posibilita que los apoyos que brindan estas personas estén disponibles y puedan ser efectivos cotidianamente.

En nuestra muestra, la frecuencia de contacto más alta sucede con los hijos adultos, seguido por nietos y el padre o la madre por ese orden, es decir, con familiares de primer y segundo grado. A nivel descriptivo, el contacto diario tanto con los Hijos, como con los Nietos como con los Padres era más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. En cambio, el contacto semanal con Hijos y Nietos era más frecuente para los hombres. Estos datos son similares a los que obtuvieron Rodríguez-Rodríguez, Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2017), usando datos que provienen del *Estudio Longitudinal de Envejecimiento en España* (ELES-PS), en donde también las mujeres informaron de contactos más frecuentes con su red familiar. Aunque según se evidenció en dicho estudio, la frecuencia de contacto viene determinada muchas veces por la cercanía física o la proximidad geográfica de los familiares, situación que es característica de los países del sur de Europa y mediterráneos como el nuestro (Bordone, 2009).

En términos generales, tras los pertinentes análisis, las hipótesis que se han planteado para el objetivo OE3.2.2 se han cumplido, aunque con matizaciones y hallazgos inesperados.

En primer lugar, en cuanto a la Hipótesis H3.2.2.1, los análisis de correlación efectuados para estudiar si la frecuencia de contacto con los Hijos adultos se relacionaba significativamente con los indicadores de envejecimiento con éxito evaluados en esta investigación, mostraron asociaciones positivas y estadísticamente significativas con las variables Red social y los componentes Autocuidado social e interno, y negativas con el componente Soledad social de la Escala de DJGS. En cambio, no se encontraron asociaciones significativas ni con Bienestar psicológico ni con Satisfacción con la vida. Por lo tanto, dicha hipótesis se confirma parcialmente. De todas las relaciones detectadas, la de mayor peso significativo fue con Red social: a mayor frecuencia de contacto con los hijos, mayor es la percepción del tamaño de red social y por tanto de menor aislamiento, no así de mayor apoyo social percibido. El instrumento utilizado para evaluar la Red social (LSNS-R), es una herramienta para valorar la integración social y para detectar el aislamiento social, principalmente. De modo que mantener una mayor frecuencia de contacto con los hijos aumenta la percepción de vínculos sociales que protegen frente al aislamiento, y posibilita tener una mayor percepción de integración social. Como se ha visto en capítulos anteriores, se ha visto que en las mujeres y hombres mayores, los vínculos sociales de apoyo mejoran la

salud física y mental, mientras que el aislamiento social, la soledad y los lazos sociales estresantes han mostrado todo lo contrario. Y en particular, contar con una amplia red social puede ser un factor protector frente a la pérdida de funcionalidad y el inicio de la discapacidad asociado al envejecimiento (Leigh-Hunt et al., 2017; Shor & Roelfs, 2015).

Tal y como comentábamos, la familia se considera una de las formas más comunes de apoyo para las personas mayores, pues se centra en el afecto y estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad. Una de las características de la red de apoyo familiar es que, junto a la ayuda, existe un apoyo afectivo. Por esta razón, el contacto frecuente con los Hijos e Hijas es un componente importante de la red informal. En este sentido, la frecuencia de contacto entre padres e hijos no se trata de una medida de la función o transferencias específicas del apoyo (por ejemplo, afecto, ayuda y transferencias), sino de las posibilidades de que éstas eventualmente ocurran.

Los datos muestran que para los participantes de este estudio, la frecuencia de contacto con los Hijos es una condición importante en su percepción de disponibilidad de apoyo en caso de necesitarlo. El hecho de que no se hayan encontrado asociaciones significativas específicas con apoyo social, puede ser debido a que en esta muestra de personas mayores todavía no hay una necesidad tangible de apoyos y ayudas, al tratarse de un grupo de personas mayores cuyo perfil es relativamente joven, que presentan una buena salud y autonomía, activos y participativos e integrados socialmente. Estos factores contribuyen a que los participantes, se caractericen fundamentalmente por percibir la disponibilidad de suficientes recursos tanto sociales, como afectivos, culturales y materiales, por lo que no se trataría de un grupo vulnerable de personas mayores que presente necesidades específicas de cuidado y apoyo.

Por otra parte, y relacionado con lo anterior, la frecuencia de contacto con los Hijos parece ser también un correlato importante para la Soledad, pues los resultados obtenidos muestran que se relaciona negativamente y significativamente con la dimensión de Soledad Social de la escala de DJGLS, es decir, a mayor contacto menor es la percepción de Soledad Social. Es decir, a la soledad que es causada por la carencia de relaciones sociales y por la falta de pertenencia a un grupo o red social. La soledad social, tiende a estar vinculada a factores sociales y situacionales, de modo que es más frecuente en personas mayores sin hijos o amigos y con poco contacto con los miembros de su red social (Buz et al., 2014; van Tilburg et al., 2004). En este sentido, este dato es congruente con el obtenido por de

Demakakos, Nunn y Nazroo (2010), con datos de la segunda ola del *The English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), estudio donde se observó que las personas que mantienen un contacto frecuente con sus hijos (al menos una o dos veces por semana, independientemente de si es cara a cara o por teléfono, o ambos), se sienten menos solos que aquellos que tienen un contacto menos frecuente o ningún contacto en absoluto. Además remarcan que el contacto con los hijos y la soledad contiene una dimensión cualitativa: aquellos con una relación muy estrecha y que se sienten cerca de al menos uno de sus hijos, que tienen comunicación frecuente con ellos, informan tasas más bajas de soledad.

Los datos obtenidos, por otra parte, coinciden también con los hallados por muchos otros estudios en donde el contacto social está negativamente asociado con la soledad y que además el efecto de la calidad de los contactos sociales es mayor que el efecto de la cantidad de contactos (Pinquart & Sorensen, 2003; 2001b). Hay que tener presente que las redes sociales están formadas por interacciones sociales, pero no todas las interacciones sociales proporcionan apoyo social. En otras palabras: la cantidad de contactos de la red no siempre nos habla de su calidad a la hora de proporcionar apoyo.

Adicionalmente, los análisis correlacionales efectuados han mostrado también que la mayor frecuencia de contacto con los Hijos se relaciona significativamente y positivamente con los comportamientos de Autocuidado, tanto social como interno. El “Autocuidado”, como ya hemos hecho mención, se puede definir como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades, adoptando estilos de vida más saludable a nivel físico, mental y social. Por tanto puede constituir el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona. Es decir, mantener los vínculos con los hijos es un factor que propicia la asunción de actividades y conductas para mantener o establecer relaciones sociales sanas y a la vez, permite implementar conductas con el fin de equilibrar la mente y las emociones. Quizás, aquellos que reciben apoyo de los miembros de su familia, y en particular de sus hijos, pueden sentir una mayor autoestima y autovaloración, y estos factores pueden ser a su vez importantes recursos psicológicos para afrontar positivamente el envejecimiento, alentando el optimismo, afecto positivo y una mejor salud mental. Los familiares, y en este caso en concreto los hijos, también pueden regular los comportamientos de los demás y en especial el de sus padres (es decir, mediante el control social) y estimular y proporcionarles información para comportarse

de manera más saludable y a utilizar de manera más efectiva los servicios de atención médica (Thomas et al., 2017).

Finalmente, señalar la ausencia de correlaciones significativas para los constructos que miden el Bienestar psicológico y la Satisfacción con la vida y la frecuencia de contacto con Hijos en este grupo de personas mayores, dato que por otra parte se contradice con el obtenido por otros autores como Rodríguez-Rodríguez et al. (2017), los cuales hallaron niveles de satisfacción elevados especialmente cuando el contacto es con parientes de primer grado. También se contradice con el metanálisis de Pinquart y Sorensen (2000), autores que sugirieron que en las relaciones sociales es más importante la calidad de los contactos sociales que la cantidad de contactos, sobre todo en el bienestar subjetivo. Concluyeron que mientras tener contacto con amigos se relaciona más con el bienestar subjetivo que con tener contacto con los hijos ya adultos, existen asociaciones más altas entre la satisfacción con la vida y la calidad del contacto con los hijos adultos en comparación con la calidad de las amistades. Dicho de otro modo, que para las personas mayores es más relevante para su satisfacción vital el mantener relaciones de calidad con sus hijos que una mayor frecuencia de contacto con ellos, tal y como sugieren (Berg et al., 2006; Litwin, Stoeckel, & Schwartz, 2015). Las personas derivan diferentes niveles de satisfacción en función de sus propias expectativas, apreciaciones y deseos subjetivos (Berg et al., 2006) y la calidad de la red refleja cómo las personas se sienten acerca de las relaciones que tienen. Además estudios recientes apuntan en esta dirección, a que las relaciones de mala calidad con los hijos adultos son más perjudiciales para el bienestar de los padres que envejecen que la ausencia de contacto (Koropeckyj-Cox, 2002; Polenick, DePasquale, Eggebeen, Zarit, & Fingerhant, 2016).

En general, la actual generación de padres mayores se caracteriza por su alta implicación para con sus hijos a lo largo de todo su ciclo vital, y también porque son muy propensos a brindar apoyo instrumental o financiero y apoyo emocional a sus hijos adultos, lo cual está relacionado con un mayor bienestar para ellos y por lo general aportan más de lo que reciben (Thomas et al., 2017).

En segundo lugar, en relación a la hipótesis H3.2.2.2, los análisis de correlación, también han mostrado asociaciones significativas y positivas con varias variables dependientes y la frecuencia con la que se tiene contacto con los Nietos, entre ellas: con Red social, con el factor Autoaceptación del Bienestar Psicológico, con la Satisfacción con la vida pasada y presente y con Autocuidado social e interno. Pero, a diferencia de lo que sucede con el

contacto con Hijos, como se ha visto en párrafos anteriores, la mayor frecuencia de contacto con los Nietos sí que presenta relaciones significativas con varios aspectos del Bienestar y la Satisfacción y al mismo tiempo, el contacto o la ausencia de contacto no se relaciona con el sentimiento subjetivo de Soledad o aislamiento.

Los estudios reconocen de forma especial los beneficios que la figura del abuelo puede aportar al desarrollo global y al proceso de socialización de los nietos (Pinazo-Hernandis & Montoro, 2004). Indudablemente, al crecer la esperanza de vida, la participación en la vida familiar de las personas mayores se desarrolla durante más tiempo, de modo que los abuelos ven, en muchos casos, a sus nietos alcanzar la adolescencia y juventud, e incluso la edad adulta. Así mismo, al mejorar su esperanza de vida y su salud, colaboran más en las tareas de cuidado de los miembros más jóvenes de la familia. La relación entre los abuelos y los nietos, en definitiva, implica unos vínculos muy fuertes e importantes.

Son muchos los abuelos/as que ven a sus nietos con frecuencia. Prácticamente entre los participantes en el estudio que tienen nietos, casi el 70% los ve semanalmente o diariamente. La frecuencia de contacto entre abuelos y nietos está influenciada por diversos aspectos, entre ellos está la edad de los nietos, pues este contacto disminuye a medida que los nietos crecen. Además, los estudios evidencian que hay ciertas diferencias de sexo, como que las abuelas tenían contacto más frecuente con los nietos que los abuelos, siendo este contacto principalmente a diario. Resultado que es similar al que se han obtenido en otras investigaciones (Reitzes y Mutran, 2004), donde el género del abuelo se decanta de forma positiva hacia las mujeres que realizan más actividades básicas e instrumentales que los hombres, mientras que los abuelos realizarían más actividades educativas con los nietos que cuidan (Reitzes & Mutran, 2004; Triadó et al., 2008).

Nuestros resultados muestran que los abuelos que se relacionan más frecuentemente con sus Nietos, perciben un mayor tamaño de Red social y un menor aislamiento que aquellos cuyo contacto es más distante en el tiempo. Estos datos sugieren que un mayor contacto quizás favorezca que la frecuencia de relaciones con otras personas también crezca, con lo que se potencia la flexibilidad de criterio y la empatía hacia los otros. Autores como Pinazo-Hernandis y Montoro (2004) señalan sobre este aspecto que las relaciones intergeneracionales mejoran con la mayor frecuencia de contacto de los nietos con los abuelos/as, es decir, que un mayor contacto potencia la calidad del vínculo entre abuelos/nietos, beneficiando a su vez la

realización de actividades entre ambos, tales como conversar, pasear, mirar recuerdos familiares, visitar familiares, discutir y tomar decisiones, etc.

En las últimas décadas, sin embargo, los investigadores han descubierto que las relaciones sociales no son universalmente protectoras para el bienestar de los últimos años de la vida; más bien, los efectos protectores de los vínculos sociales varían según la estructura, la naturaleza y sobre todo la calidad de la relación: las personas mayores tienen una preferencia ordenada por recibir apoyo social de otros (instrumental, emocional y financiero), en primer lugar, por los miembros de la familia: cónyuge, hijos, nietos, otros familiares, amigos y en último lugar por parte de los profesionales (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017). Principalmente el contacto con los nietos puede proporcionar a los abuelos una variedad de experiencias positivas, incluyendo un sentido de cercanía emocional con los nietos, que favorecen los lazos generacionales que unen a los miembros de la familia, la solidaridad social y la satisfacción de cumplir las expectativas normativas (Reitzes & Mutran, 2004).

Igualmente, los análisis efectuados también aportan evidencias de relaciones positivas y significativas con la Satisfacción vital y en particular en las dimensiones pasada y presente. Por lo tanto a mayor contacto entre abuelos y nietos, mayor es la satisfacción de los abuelos. Además, se ha encontrado también que un mayor contacto con los nietos se asocia con el componente de Autoaceptación de la escala de Bienestar Psicológico, es decir, a mayor contacto mayor nivel de Autoaceptación o autovaloración. Esta dimensión es considerada como uno de los factores que más determinan el bienestar. Implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal y como se es aceptando las experiencias y lo sucedido en la vida en el pasado. La autoaceptación es básica para la salud mental y es una característica central de la autorrealización, la autoestima, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad. Por el contrario, niveles bajos en dicho factor implica que tienes una baja autoestima.

Nuestros resultados sugieren que el contacto frecuente con los nietos es una importante fuente de satisfacción y de autorrealización para la mayoría de los participantes en nuestro estudio, pues ayuda a que se sientan bien psicológicamente, les hace sentirse útiles y activos, favoreciendo que la percepción que tienen de sí mismos mejore considerablemente. Este resultado obtenido es compatible, en parte, con el obtenido por Triadó, Villar, Celdrán y Solé (2014), con una muestra compuesta por 312 abuelos voluntarios, que proporcionaron al menos 12 horas a la semana de cuidado auxiliar para sus nietos. Dichos investigadores

observaron que la atención auxiliar para los nietos es más una fuente de emociones positivas y una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante que una carga o una responsabilidad estresante. Además, mostraron que la intensidad y el tipo de atención proporcionada no tuvieron ningún efecto significativo en la salud y el bienestar de los abuelos, aunque si la percepción de las dificultades relacionadas con el cuidado predecía niveles más bajos de salud y bienestar entre los abuelos. Datos que por otro lado se contradice con el obtenido en nuestro estudio, donde sí se han observado relaciones positivas del contacto con el bienestar, aunque no con la salud percibida.

En general, la mayoría de las investigaciones internacionales sobre este tema, refuerzan el hecho de que las relaciones de los abuelos con sus nietos generalmente están relacionadas con un mayor bienestar subjetivo tanto para abuelos como para los nietos, con algunas excepciones importantes, como cuando estas relaciones implican responsabilidades más amplias de cuidado (Kim, Kang, & Johnson-Motoyama, 2017; Lee, Clarkson-Hendrix, & Lee, 2016). La evidencia sugiere también que la gran mayoría de los abuelos participan en actividades con sus nietos que consideran significativas e importantes para ambos, se sienten cercanos a sus nietos y consideran importante la función de los abuelos (Swartz, 2009) y al mismo tiempo, suelen experimentar menor bienestar si pierden el contacto con sus nietos (Drew & Silverstein, 2007).

En las sociedades modernas, lo más habitual actualmente es que ambos padres trabajen fuera del hogar, por lo que no pueden dedicar el tiempo necesario a los niños. Los abuelos son, en estos casos, la opción en la que más confían los padres para dejar a sus hijos. El beneficio es enorme para los padres, ya que pueden irse a trabajar con total tranquilidad, al saber que sus pequeños están en buenas manos. Un abuelo pondrá toda su atención en ese cuidado, con el plus de cariño que implica la pertenencia al grupo familiar. Ni que decir tiene que para las familias, estos cuidados suponen un gran ahorro en comparación con el enorme gasto que supone para una economía familiar el dejar a los niños con un cuidador a domicilio o llevarlos a una guardería. En la actualidad, el papel de los abuelos es fundamental para muchas familias. En la mayoría de los casos es por motivos económicos. El paro, la inestabilidad, la falta de conciliación laboral y la precariedad salarial, hacen que muchos dependan de la ayuda económica y/o logística que proporcionan los abuelos, para poder subsistir. Los abuelos son fuente de apoyo y de gestión en muchas acciones del día a día, pero

sobre todo son fuente de apoyo emocional para enseñar a los nietos a vivir y a disfrutar de la vida desde otra perspectiva de la puramente consumista, materialista e utilitarista.

Finalmente, y en tercer lugar, pasamos a analizar la relación entre la frecuencia de contacto con los Padres vivos o ascendientes y las variables dependientes o indicadores de envejecimiento exitoso. Los resultados que se han obtenido indican que la hipótesis planteada (H3.2.2.3) se cumple, aunque no en su totalidad. Tal y como podemos comprobar, la frecuencia de contacto con los padres que todavía viven muestra asociaciones negativas y significativas con el factor apoyo social afectivo y en cambio, positiva con sintomatología depresiva. Es decir, a mayor contacto, menor es la percepción de apoyo afectivo y más la percepción de síntomas de depresión. Por otro lado, los análisis no mostraron ninguna otra asociación significativa ni positiva ni negativa con el resto de variables de interés. Esto parece indicar que a estas edades, y siendo probablemente los padres muy mayores, empiecen a suponer una carga para los participantes, lo que se torna en una menor percepción de apoyo, especialmente en su dimensión afectiva (en cuanto se refiere a las demostraciones de amor, cariño y empatía). Y a su vez, derivado de la posibilidad de interpretar la situación como estresante, puede suponer mayores síntomas depresivos.

Como ya hemos comentado en el marco teórico, como consecuencia de la mayor esperanza de vida, es cada vez más frecuente la coexistencia en una familia de dos generaciones de personas mayores, lo que ha traído como resultado que para algunos hijos que han llegado a la vejez tengan que cuidar de sus padres que lo son aún más (Zegers, 2012). La tarea de cuidar a los padres muy mayores tiene matices distintos y complejidades en las relaciones intergeneracionales cuando se es también una persona mayor que además ha llegado a la tercera edad y cuyo inicio normativo suele coincidir con la jubilación. Las demandas adaptativas que genera la jubilación, junto con la recomendación de envejecer activa y saludablemente, ha calado hondo en la conciencia de muchas de las personas de esta generación, las cuales cada vez más asumen desafíos y exigencias que muchas veces pueden entrar en competencia con las que demanda el cuidado de un padre o una madre de edad muy avanzada. Especialmente durante los últimos años de la vida de sus padres ancianos, los hijos de mediana edad o mayores se enfrentan, en muchos casos, con las dimensiones más negativas del envejecimiento, tales como la dependencia y enfermedad. Experimentar a un padre frágil y dependiente en muchos casos está asociado con la confrontación y con el temor de tener que enfrentar el mismo destino en una edad posterior. Básicamente, lo que desean las

personas mayores activas es desarrollar una vida sana y ser dinámicos a nivel individual y útiles a nivel social, pero también tener una buena relación con sus familiares y desarrollar actividades de ocio con sus amigos, etc. A veces, cuando los padres ancianos han de enfrentarse con problemas de salud, los hijos mayores, ya jubilados, están cuidando también a la vez de sus propios nietos o bien apoyando a sus parejas también mayores. Incluso muchas veces tienen otras expectativas vitales, que provocan que esta situación pueda hacerse difícil para ellos y generar sentimientos ambivalentes. Para una gran mayoría de ellos, se enfrentan además a la fragilidad y la muerte de sus padres, y por lo tanto, también con la obligación más o menos explícita de ayudar y que, por ejemplo, es razonable esperar que el cuidado de los padres mayores en situación de vulnerabilidad o dependencia pase factura al bienestar del hijo.

Nuestros resultados son en parte coherentes con la investigación longitudinal llevada a cabo por Perrig-Chiello y Höpflinger (2005), los cuales detectaron una considerable ambivalencia intergeneracional en las relaciones entre padres ancianos e hijos adultos mayores. Estos autores observaron que en cuanto a la cantidad de contactos de las personas de mediana edad con sus padres ancianos, detectaron diferencias significativas entre los grupos: las amas de casa y las mujeres que viven en pareja o con sus hijos y trabajan fuera del hogar tienen el mayor contacto con sus padres mayores. Las madres solteras y los hombres casados tienen el menor contacto. Y en cuanto a la calidad de los contactos sociales con sus padres ancianos, era menor que la que tenían con sus hijos, pareja o amigos. Aunque la posibilidad de ayudar a los padres mayores depende en gran medida del contexto de vida y es una cuestión de recursos disponibles, la disposición a ayudar también está estrechamente relacionada con variables psicológicas como el apego.

Por otro lado, los resultados también son compatibles con los obtenidos por Merz, Schulze y Schuengel (2010) en una revisión narrativa y cuantitativa que sintetiza los hallazgos de 55 estudios sobre la asociación entre el apoyo a padres ancianos y el bienestar de los hijos adultos. Concluyeron que el cuidado de un padre de edad muy avanzada está asociado con el estrés y la depresión en los hijos, pero a pesar de ello los efectos son muy pequeños, pues la carga de cuidar puede ser compensada por ciertas características individuales, como el apego y la consideración hacia sus padres, porque los vínculos entre los hijos y sus padres son fuertes y emocionalmente cercanos, y contribuyen a la resiliencia de las personas para ayudarlos a hacer frente a diversos desafíos, como el proporcionar apoyo y cuidados. En

general, la mayoría de los hijos alcanzan un cierto nivel de “madurez filial” en estas edades, lo que significa que las personas mayores que tienen a sus padres vivos están preparados para asumir un rol solidario con sus padres.

En este sentido, los patrones de respuesta de las personas mayores de nuestra muestra revelan también la estructura ambivalente de las relaciones intergeneracionales tal y como plantearon teóricamente Lüscher (2011). Esta discrepancia indica que las personas ayudan a sus padres mucho más de lo que realmente les gustaría, lo que mostraría que las personas mayores experimentan altas expectativas y consideración hacia sus padres, pero debido a las nuevas tendencias demográficas y a los cambios socioculturales o de valores orientados a la individualización en la mayoría de las sociedades actuales, estas expectativas contrastarían con su mayor esfuerzo por preservar su propia autonomía, independencia o su vida personal y posiblemente también por sus recursos limitados (trabajo, familia), que a su vez pueden repercutir en los menores niveles de bienestar personal.

## 10.3. Relaciones entre el cuidado informal y el envejecimiento con éxito

### 10.3.1. El cuidado a familiares dependientes

#### **Objetivo específico propuesto:**

OE3.3. Analizar las relaciones entre el cuidado informal (Cuidado de familiares dependientes y Cuidado de Nietos) y el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.3.1. Analizar las relaciones entre la frecuencia de cuidado a familiares dependientes y los indicadores de envejecimiento con éxito.

#### **Hipótesis planteadas:**

H3.3.1.1. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Recursos Sociales.

H3.3.1.2. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en Bienestar Psicológico y Satisfacción vital.

H3.3.1.3. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Salud.

H3.3.1.4. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado a familiares dependientes en la percepción de Soledad y Aislamiento social.

Tal y como planteábamos, en relación al conjunto de hipótesis referentes al cuidado informal, y en cómo la frecuencia de cuidado a familiares dependientes (“Nunca”, “Ocasional” y “A diario”) afecta a los indicadores de envejecimiento con éxito evaluados, los resultados de la presente investigación han demostrado que todas las hipótesis planteadas sobre este tema se han cumplido. A excepción de la H3.3.1.4, la cual se ha cumplido parcialmente. En nuestros datos, encontramos evidencias de que el cuidado a familiares en situación de dependencia influye significativamente a la percepción de Recursos Sociales, Bienestar Psicológico, Satisfacción con la vida y Salud. Siendo el tamaño del efecto que ejerce el cuidado sobre las variables dependientes mayor para la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico (5.8%) y la Salud (5.3%), respectivamente. Además, y a pesar de que la

H3.3.1.4 solamente se ha cumplido parcialmente, dado que no se han detectado diferencias significativas a nivel multivariado en la Soledad y Aislamiento social, pero si a nivel univariado, es decir, se han observado diferencias significativas cuando se han analizado las variables individualmente, de modo que los análisis han mostrado que el cuidado a personas dependientes produce efectos directos tan solo en el componente Soledad social de la Escala DJGS, pero no en la línea de lo que se había supuesto. Es decir, según los resultados obtenidos las personas mayores que “Nunca” cuidan de familiares dependientes perciben mayor soledad social que aquellos que cuidan “A diario”.

En primer lugar, respecto a la primera hipótesis (H3.3.1.1), la cual teorizaba que el cuidado a familiares dependientes influiría en la apreciación de Recursos Sociales: Red Social y de Apoyo Social, según nuestros datos dicha hipótesis se ha confirmado, aunque el tamaño del efecto de esta variable independiente sobre las dependientes es pequeño (1.5%). En concreto hemos visto un efecto significativo que ejerce el cuidado a familiares en la percepción del tamaño de la Red social, es decir, afecta a la percepción de los vínculos sociales existentes. La Red social, en parte, es una medida indirecta del apoyo social disponible, sobre todo basándonos en la afirmación de que escasos contactos se asocian a bajos niveles de apoyo social. Así, se ha observado que no cuidar (“Nunca”) a los familiares en situación de dependencia influye negativamente en la percepción de la red social de la persona, de tal forma que se perciben menos vínculos existentes y por consiguiente una red social más pequeña y un mayor grado de aislamiento social. En cambio, con el cuidado de mayor intensidad (“A diario”) ocurre todo lo contrario, ya que las personas que cuidan de forma continuada perciben un tamaño mayor de red social. Dicho de otro modo, cuidar a familiares dependientes (especialmente si se realiza de forma continua y diariamente) afecta positivamente a la Red social y al grado de integración social, pues se percibe la existencia de más vínculos sociales y por tanto, mayor disponibilidad de apoyo social.

No obstante, es difícil encontrar investigaciones que estudien exclusivamente estas variables en población mayor, pues el tema del cuidado informal que ejercen las personas mayores sobre otros/as es un tema todavía poco explorado. Pues aunque existen pruebas de que participan en el cuidado individuos de todas las edades, incluidos los menores de edad, generalmente es más frecuente que las redes de cuidado estén formadas por personas de edades intermedias. En general, la literatura científica resalta que los cuidadores de edades más avanzadas sufren en mayor medida las consecuencias negativas del cuidado en sus diferentes dimensiones (salud, relaciones sociales, situación económica, etc.), aunque también

hay evidencias de que a medida que aumenta la edad de los cuidadores disminuye su carga subjetiva (Roger-García, 2010b). A pesar de ello, el vínculo o parentesco entre cuidador y receptor es una de las variables fundamentales en el estudio del cuidado informal en las personas mayores al ser, junto con el género, uno de los predictores más importantes para asumir el rol de cuidador, tal y como se demostró en la investigación de Stensletten, Bruvik, Espehaug, y Drageset (2016), en la cual se observó por ejemplo, que el nivel de la carga del cuidado estaba asociado con el apego y también con el “sentido de coherencia” (que es la capacidad de la persona de percibir el significado del mundo que le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno).

En España se han encontrado pocas investigaciones longitudinales sobre cuidado informal, lo que constituye la principal dificultad para extraer resultados concluyentes dado el escaso tamaño muestral de algunos estudios. Una de ellas es la desarrollada por Otero et al. (2006), quienes entrevistaron en dos ocasiones a una muestra de cuidadores de Leganés en el intervalo de un año (1996 y 1997). Sus resultados demuestran la importancia de la actividad social en el mantenimiento de una vida saludable en las personas que cuidan y demuestran que la longevidad de las personas mayores depende fuertemente de sus relaciones sociales, independientemente de su rol de cuidador.

Principalmente, los resultados de nuestro estudio resaltan la importancia que para el cuidado informal supone la percepción de una red social mayor. Confirman que las redes sociales protegen y ayudan a mantener la capacidad funcional necesarias para ejercer el cuidado sin experimentar sobrecarga, especialmente por su relación con la disponibilidad y satisfacción con el apoyo social recibido, al ser éste una importante fuente de ayuda para los cuidadores a la hora de hacer frente las situaciones del cuidado y paliar así la sobrecarga subjetiva derivada de esta tarea. Así, los resultados obtenidos en esta tesis se encuentran en consonancia con los obtenidos en estudios previos, donde también se ha destacado el papel protector de algunas variables mediadoras entre los cuidadores, como el apoyo social, la resiliencia o el sentido de coherencia (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; López-Martínez, Frías-Osuna, & del-Pino-Casado, 2017; López-Martínez, Frías-Osuna, & Del-Pino-Casado, 2019; Potier, Degryse, Henrard, Aubouy, & de Saint-Hubert, 2018; Stensletten et al., 2016; Wang, Zhong, Ji, & Chen, 2016; Wilks & Croom, 2008; Yanguas et al., 2000). En realidad, estos factores influyen en la valoración de la situación de cuidado porque se asocian con un mejor estado emocional y físico entre los cuidadores/as al tener un papel protector ante

situaciones de estrés crónico y la sobrecarga. También es congruente con la investigación transversal llevada a cabo por investigadores como del Río-Lozano, García-Calvente, Calle-Romero, Machón-Sobrado y Larrañaga-Padilla (2017), con 610 cuidadores informales españoles, en donde se evaluó, entre otras cosas, el apoyo social recibido por las personas que eran cuidadoras y su relación con la calidad de vida. En el mencionado estudio se constató que la recepción de un mayor apoyo social (como los servicios de asesoramiento o ayuda y subsidios familiares) se asoció con una mejor calidad de vida. Además, demostraron la existencia de diferencias significativas entre sexos ya que las mujeres cuidadoras tenían un 131% más de probabilidades que los hombres de tener una calidad de vida más pobre, por lo tanto, los cuidadores hombres y mujeres en España difieren en el apoyo recibido y en cómo se ve afectada su calidad de vida. En dicho estudio, entre los factores que se asociaron con una peor calidad de vida destacaron los siguientes: la edad avanzada de la personas cuidadora y su mala salud previa, el cuidado de una pareja, el nivel de dependencia de la persona receptora de cuidados, la baja clase social y el bajo apoyo social.

Igualmente, hay evidencias de que la participación en programas educativos y de apoyo para grupos de cuidadores, puede ser uno de los factores asociados con la experiencia de las “ganancias” en el cuidado, es decir, con las implicaciones positivas que conlleva cuidar de otros/as (Liew et al., 2010), ya que al aumentar sus vínculos sociales mediante la red de apoyo entre cuidadores, se sienten más apoyados y respaldados para ejercer dicha tarea. Principalmente porque las personas mayores a través de los grupos, fortalecen sus redes comunitarias y reconstruyen su identidad, esto sucede cuando han formado parte en la toma de decisiones, en las actividades de los grupos, cuando comparten experiencias y situaciones específicas (Montes de Oca, 2005).

Además, como ya hemos dicho, el apoyo social (definido de diferentes maneras: tamaño de la red, frecuencia de contacto, apoyo recibido, frecuencia de ayuda de otras personas, satisfacción general con la red social, etc.) se ha asociado positivamente con la resiliencia. La resiliencia, como proceso de afrontamiento, se caracteriza por una serie de capacidades que se asocian con la competencia personal, la tenacidad, la confianza en la propia intuición, la tolerancia a la adversidad, la aceptación positiva del cambio, el establecimiento de relaciones seguras, el control y la espiritualidad (Fernández-Lansac et al., 2012). Se puede considerar como un recurso o como la capacidad potencial de una persona para reducir la emoción negativa y promover la adaptabilidad frente a la adversidad, es decir, un recurso y un factor de

protección para manejar el estrés crónico que en ocasiones el cuidado de otros puede conllevar (Crespo & Fernández-Lansac, 2015), siendo la resiliencia además un factor esencial que puede conducir el envejecimiento exitoso (Byun & Jung, 2016).

Frecuentemente, una de las consecuencias negativas que el cuidado para la persona cuidadora puede producir, es la reducción en el tiempo libre y en las actividades sociales, así como el de reducir sus redes de apoyo (Montes de Oca, 2005). Este coste que asumen muchos de ellos les acarrea importantes consecuencias en su salud mental, emocional o física, y en oportunidades para poder desarrollarse a nivel personal o profesional. En este sentido, ciertas variables mediadoras como el apoyo social y la resiliencia, pueden influir en la relación entre las demandas que supone el cuidado (cantidad, frecuencia, duración, intensidad, etc.) y los resultados del cuidado en el bienestar y en la percepción de sobrecarga (Pinquart & Sörensen, 2003a).

Una posible explicación de por qué el cuidar se relaciona con mayor red social en nuestra muestra es que se trata de un grupo de personas que mantienen buenas redes sociales con su entorno, dado que todos ellos participan activamente en espacios educativos y culturales, con lo cual no se trata de un grupo de personas cuidadoras que se dedican íntegramente y exclusivamente al cuidado de familiares dependientes. Más bien perciben suficientes apoyos para ejercer dicha labor, sin experimentar sobrecarga y tienen la posibilidad de compaginar el cuidado con otras actividades enriquecedoras y con sus inquietudes participativas, sociales y de crecimiento personal. La percepción de un mayor tamaño de red en personas que son cuidadoras puede ser un factor importante para su bienestar, dado que implícitamente se asocia con una mayor disponibilidad de apoyos, el cual cómo ya hemos comentado, es una variable moduladora o un medio para aminorar los efectos del estrés al tener menor probabilidad de padecer sobrecarga o problemas de salud a lo largo del tiempo de cuidado. Cuidar a un mayor enfermo o dependiente es, sin duda, una situación estresante, pero también una oportunidad de crecimiento personal. Es importante tomar conciencia de que cuidar no aporta sólo dificultades. Si el cuidador tiene los recursos adecuados y unos buenos mecanismos de adaptación, podrá vivir también los aspectos gratificantes de dicha experiencia.

Pero, por el contrario, también hay que resaltar que el resultado que hemos obtenido en esta investigación se contradice con el de Masanet y La Parra (2011), usando datos de una muestra representativa procedentes de la *Encuesta Nacional de Salud de España 2006* (ENS-

06) y que fue realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). En este estudio, sin embargo, cuando se tomó en consideración el número de horas de cuidado informal se verificó el reducido papel que cumple el apoyo social en la salud mental y emocional de las personas cuidadoras cuando éstas dedican un elevado número de horas al cuidado. Es decir, no encontraron beneficios del apoyo social en cuidadores de personas dependientes. Reforzando el hallazgo de la asociación entre el elevado número de horas de cuidado a personas dependientes (el cuidado intensivo) y el riesgo de un mayor deterioro de la salud psíquica, tal y como otras investigaciones realizadas en el contexto estadounidense han constatado (Cannuscio et al., 2004; Heger, 2017; Juratovac, 2009; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012; Tsai & Jirovec, 2005; Zwar, König, & Hajek, 2018a).

Sin duda, con el incremento de las expectativas de vida de las personas mayores, llegará el momento en que la necesidad de cuidar de los padres ancianos se volverá posiblemente una realidad para la gran mayoría de las personas a medida que envejeczan. Cada vez son más los hijos e hijas ya mayores que poseen padres que viven hasta edades muy avanzadas y que necesitan de cuidados. Es cuando el tema de responsabilidad filial se hace presente ya que las personas de edad muy avanzada requieren el apoyo de sus seres queridos, especialmente el de sus hijos. Por responsabilidad filial se entiende el sentimiento de obligación personal que tienen los hijos hacia el bienestar de sus padres; es decir, el proporcionarles apoyo tangible y brindarles la ayuda suficiente para que puedan enfrentar de la mejor manera las situaciones estresantes inherente al procesos de envejecimiento (Bazo, 2012). Si bien muchas veces, los recursos de apoyo familiares en la procuración de cuidados son insuficientes debido a los cambios estructurales y al tamaño decreciente de las familias y también debido a los sistemas sociales formales de apoyo deficientes.

Tal y como Rogero-García (2010a) sugieren, el cuidado familiar tiene un especial impacto en las relaciones sociales y en el tamaño de las redes de los cuidadores: la supervisión de la persona dependiente suele confinar al cuidador en el hogar durante la mayor parte de su tiempo, aumentar el tiempo dedicado a actividades domésticas y reducir su tiempo libre. Lo que interfiere en la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de esas relaciones y en la participación en actividades de interacción. Pero al mismo tiempo, cuando se tienen los suficientes apoyos y recursos materiales y personales, el cuidado puede mejorar la cohesión familiar y es en estos casos, cuando las situaciones de dependencia,

tienen una gran potencialidad para el establecimiento de relaciones sociales y el mantenimiento de la comunidad.

En este sentido, es probable que los participantes de nuestro estudio y que además son cuidadores de familiares en situación de dependencia (media de edad 63.12 años), se caracterizan por tener un perfil activo, participativo, con mayor disponibilidad de recursos sociales, materiales, personales, económicos y culturales de diverso tipo para hacer frente a su envejecimiento que dista mucho de otros grupos de personas mayores cuidadoras de la población general, y es por ello que quizás, perciban una mayor red social y disponibilidad de apoyos que aquellos que no son cuidadores. Probablemente, esta circunstancia favorece el que no experimenten sobrecarga emocional ni física cuando tienen que dedicar muchas horas al cuidado de algún familiar, tal y como la mayoría de las investigaciones constatan. Posiblemente la razón de este resultado se pueda explicar por el hecho de que ante estas situaciones de cuidado, este grupo de población mayor en particular, cuenta con los recursos suficientes para afrontar esta situación de tal forma que no repercuta en su bienestar y se sientan suficientemente apoyados. Como hemos indicado reiteradamente, todos ellos participan en actividades educativas y culturales programadas por la Universidad de Valencia y mantienen relaciones sociales con otros en las aulas o grupos. Este hecho favorece que amplíen su red social más allá del ámbito doméstico o familiar y les brinda la oportunidad de compartir, estar informados y asesorados respecto a su situación de cuidadores, así como la posibilidad de desconectar y evitar el estrés o sobrecarga asociada al cuidado intensivo. Es decir, participan y disfrutan de actividades sociales y relaciones sociales placenteras o gratificantes que se asocian con el logro del envejecimiento con éxito, y también con la actitud positiva ante el cuidado, lo que a su vez les permite apreciar las posibilidades gratificantes que la tarea en la que se ha embarcado como cuidadores, percibiéndola como una oportunidad para su crecimiento personal y para el desarrollado de nuevas habilidades, ayudándoles a reconocer por sí mismos todas las cosas difíciles que hacen y el permitirse sentir una sensación de logro o satisfacción al realizar esta labor, vinculando así el cuidado a la tarea de la generatividad.

Así, Pan y Jones (2017) han señalado que los correlatos más relevantes asociados a una mayor percepción de apoyo social entre personas cuidadoras de familiares dependientes serían: el nivel de reciprocidad en los apoyos, el nivel educativo o cultural (por cómo afecta a la manera de llevar la situación de cuidado), el estatus socioeconómico, puesto que

generalmente un nivel bajo económico o clase social incide en menos recursos disponibles y una mayor carga, así como un menor acceso a la información y a recursos públicos. También influye la relación de parentesco con la persona cuidada, ya que matiza el tipo de sentimientos y obligaciones del cuidador respecto a la persona cuidada, así como en el nivel de distrés. Porque según estos autores, los sentimientos de compromiso y obligación que los cuidadores tienen, así como el nivel de apego con la personas receptora de cuidados, influye sobre la duración de los cuidados, y en este sentido, esposas e hijas suelen proveer la mayor parte del cuidado de larga duración y los maridos cuidadores parecen tener menor influencia emocional negativa en el cuidado, que las esposas cuidadoras. Finalmente otro correlato asociado con la percepción de mayor apoyo social por parte de los cuidadores es tener un compañero de cuidado o ayuda de terceros para realizar esta tarea (Pan & Jones, 2017).

Los resultados de nuestra investigación sugieren que las principales diferencias entre cuidadores y no cuidadores, ya tengan o no además una alta resiliencia, no se encuentran sólo en las características objetivas del contexto en que están inmersos, ni en la cantidad de estresores a los que son expuestos. Contrariamente, parece que son los aspectos subjetivos relacionados con sus recursos internos y su manera de valorar la situación, los que realmente determinan su adaptación a las circunstancias.

En segundo lugar, respecto a la H3.3.1.2, indicar que también se ha cumplido. De hecho, los datos han corroborado que la frecuencia en el cuidado a familiares dependientes afecta significativamente a la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico: por un lado, las personas que cuidan a diario y de forma continuada presentan mayores niveles de Satisfacción con la vida en general y en todas sus dimensiones temporales, siendo el efecto del cuidado mayor para la Satisfacción con la vida presente, es decir, en el momento actual. Por otro lado, influye también significativamente al componente Autoaceptación del Bienestar Psicológico: los cuidadores/as tienen niveles más altos de Autoaceptación y se autovaloran más que aquellos que nunca cuidan, dicho de otro modo, son más positivas y tienen mejor autoestima. También se hallaron diferencias significativas entre las personas que cuidan a diario y las que lo hacen ocasionalmente en la dimensión Propósito de vida. En este caso, los datos muestran que las personas que realizan la tarea de cuidar ocasionalmente y no de una forma tan intensa, frecuente o continuada, obtienen niveles más altos en dicho factor y encuentran por tanto, un mayor significado y sentido a la vida, siendo más capaces de establecer metas y objetivos para dar dirección u orientación a su vida.

Al respecto, Villar et al. (2013) sugieren que los beneficios de comportarse generativamente mediante el cuidado de otros, no se recogen en forma de sensaciones placenteras inmediatas, sino más bien en la forma de tener la sensación de hacer algo con sentido y que nos permite sentirnos en desarrollo. Argumentan, que en muchas ocasiones la ayuda y atención al dependiente puede afectar a la vida diaria de las personas que cuidan porque las características de este tipo de cuidados requieren un gran esfuerzo físico, mental o emocional, y puede llegar a sobrepasar las capacidades físicas y psíquicas de estos cuidadores si no se gestionan bien, lo que a su vez puede provocar una situación de estrés crónico o sobrecarga. Esta obligación y responsabilidad diaria en las personas que cuidan puede ser un impedimento u obstáculo para el establecimiento de metas y objetivos futuros y en su propósito vital en las personas que cuidan.

En cuanto a la Satisfacción con la vida, el resultado obtenido se contradice con el hallado en investigaciones internacionales previas en personas mayores cuidadoras. Por ejemplo, en Suecia, destaca el estudio de Borg y Hallberg (2006) que observaron niveles similares de satisfacción con la vida entre los cuidadores menos comprometidos y los que no cuidan nunca. En cambio, observaron que el cuidado más frecuente se asoció con una menor satisfacción con la vida, aunque no encontraron diferencias significativas entre ellos, es decir entre cuidadores y no cuidadores. Justifican sus resultados en base a que las personas mayores tienen menos recursos sociales para ayudarlos en la tarea de cuidar, lo que afecta negativamente sus percepciones de la satisfacción con la vida. También se contradice con el metanálisis de Pinquart y Sörensen (2003b) cuyo propósito fue el de averiguar si cuidadores y no cuidadores difieren en salud psicológica y física (estrés percibido, depresión, bienestar subjetivo general, salud física y autoeficacia). En este caso sí que detectaron diferencias significativas entre cuidadores y no: los cuidadores de dependientes tienen niveles más bajos de bienestar subjetivo en general, están más estresados, deprimidos, tiene una peor salud física y autoeficacia que los no cuidadores, aunque el tamaño del efecto observado fue reducido. Si bien los resultados se basaron en datos de población general, no específicamente en personas mayores cuidadoras. Otra investigación interesante sobre este tema es el estudio transversal sueco de Berglund, Lytsy y Westerling (2015), donde los cuidadores también informaron de un menor bienestar psicológico en comparación con los no cuidadores, indicando que el cuidado tiene un impacto importante en la vida cotidiana y en cómo las personas experimentan su situación vital. Señalan que el rol de cuidador también es complejo y está asociado con el estrés, y en ocasiones muchos cuidadores no están preparados para

ejercer dicho rol, por lo que el apoyo social se considera un factor importante para los cuidadores. En este estudio, sin embargo, el impacto negativo de ser un cuidador sobre el bienestar disminuyó, pero siguió siendo estadísticamente significativo incluso cuando se controla el apoyo social, pero también que no es el único factor que se necesita.

Si tenemos en cuenta la evidencia empírica longitudinal sobre este tema, ésta ha mostrado resultados similares a los antes descritos. Así, en una investigación longitudinal alemana y con una muestra representativa de población general, se encontró que la atención informal afectó negativamente a la salud mental y al bienestar subjetivo, y en particular ser mujer aumenta las posibilidades de una baja satisfacción con la vida (Hajek & König, 2016), resultado que ya sugirieron Crespo y López (2008) en población española o Hansen, Slagsvold y Ingebretsen (2013), en contexto anglosajón, pues en sus investigaciones hallaron que brindar atención no guarda relación con el bienestar psicológico, excepto entre las mujeres que cuidan en su propio hogar; o las cuidadoras residentes, las cuales reportan una menor satisfacción con la vida y una mayor angustia psicológica y depresión que otras mujeres. Es probable que en estas situaciones de cuidado intenso y continuado sea más difícil mantener el bienestar cuando la atención se vuelve más extensa (e intensa) y cuando la relación con el dependiente es más cercana o íntima. Los autores mencionados con anterioridad proponen que las mujeres se ven más afectadas por el cuidado que los hombres porque las mujeres brindan más cuidados en general, y especialmente porque experimentan con mayor frecuencia la presión social para brindar atención debido a su rol de género asignado en las sociedades patriarcales. Y si la persona receptora de cuidados es la pareja, el cuidado tiene un impacto todavía más negativo y perjudicial en el bienestar, tanto para hombres como para mujeres (Hansen & Slagsvold, 2013).

Sin embargo, la explotación de las relaciones entre satisfacción con la vida, prestación de cuidado y nivel de estrés en personas mayores que cuidan a dependientes es poco estudiada en la literatura nacional, no encontrándose muchas investigaciones que analicen estas variables en población española. Buena parte de los estudios realizados en España sobre las consecuencias psicológicas y emocionales del cuidado informal son de carácter cualitativo y con muestras pequeñas, y en general la mayoría de los estudios confirman que el impacto sobre la salud física y mental de los cuidadores es fundamentalmente negativo (Rogero-García, 2010b). Por ejemplo, la investigación de Garcés, Carretero, Ródenas y Sanjosé (2009) realizada en la Comunidad Valenciana para analizar las variables asociadas con la percepción

de sobrecarga en una muestra de 296 cuidadores informales, hallaron que cuanto mayor es la edad de los cuidadores mayores son sus sentimientos de falta de suficiente competencia para seguir brindando la atención, dato que se contradice con el resultado de nuestro estudio. Mas recientemente, López-Martínez et al. (2019) corroboraron los sentimientos de sobrecarga y estrés en cuidadores familiares españoles, pero destacando que el sentido de coherencia puede moderar el efecto, ya sea positivo o negativo, de las consecuencias del cuidado, es decir, el sentimiento de confianza generalizado que tienen los cuidadores en mayor o menor medida en relación a la aceptación y la solución de los problemas y la capacidad de usar los recursos disponibles.

Nuestros datos tampoco se relacionan con la investigación de Villar, Celdrán, Fabà y Serrat (2013), en la cual los participantes implicados en las dos actividades vinculadas al cuidado (bien de nietos, bien de personas dependientes) no mostraba unas puntuaciones medias en satisfacción personal significativamente diferentes a los participantes no implicados en estos tipos de actividades. Indicando además, que esta ausencia de beneficios personales pone en duda el carácter generativo de estas actividades, que quizá en muchas ocasiones se llevan a cabo a partir de motivaciones que poco tienen que ver con un interés generativo sino más bien a la obligatoriedad (o falta de alternativas viables) que de voluntariedad.

La invisibilidad de los cuidados entre las persona mayores y por tanto, a la ausencia de investigaciones que analicen la situación de los cuidadores mayores en España, a pesar de que estos realizan una contribución importante al desarrollo del capital social en las relaciones familiares y de amistad, quizás se deba a la invisibilidad del trabajo femenino en general de nuestra sociedad. No obstante, nuestro resultado está en la línea de la investigación llevada a cabo por del-Pino-Casado, Palomino-Moral y Frías-Osuna (2015), también en cuidadores familiares en España, en la que concluyeron que la satisfacción puede experimentarse a pesar de la presencia de factores estresantes y que la combinación de alta satisfacción y baja carga podría tener efectos protectores sobre la ansiedad y la depresión en los cuidadores.

A pesar de ello, las relaciones encontradas en nuestra investigación entre los cuidadores mayores y su bienestar, son congruentes con diversos estudios realizados en contextos internacionales como el estudio de Anderson et al. (2013) realizado en EEUU con una muestra representativa, cuyo principal objetivo fue examinar las características demográficas de los cuidadores, comparar cuidadores con no cuidadores y comparar los cuidadores más

jóvenes (de 18 a 64 años) con cuidadores mayores (mayores de 65 años) en varias medidas de bienestar. En dicho estudio los cuidadores mayores informaron de una peor salud física percibida, pero una mayor satisfacción con la vida y menor ansiedad que los cuidadores más jóvenes. Resultados que también fueron corroborados por otros autores previamente (Marks, Lambert, & Choi, 2002; Tomomitsu, Rodrigues-Perracini, & Neri, 2013; Van Campen, de Boer, & Iedema, 2013).

Como se ha visto, la mayoría de las personas mayores cuidadoras de nuestro estudio expresaron su mayor nivel de satisfacción con la vida y están tan o más satisfechos como los que no cuidan, lo que puede explicarse por tener una mayor capacidad para adaptarse a las dificultades y crear estrategias para superar los problemas y desafíos. Tienen la percepción de que se benefician cuidando a los demás, en términos de aprendizaje y confianza en uno mismo. De acuerdo con la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen et al., 2011, 2003), en la vejez hay una reducción en la perspectiva de tiempo futuro que implica que en las personas mayores disminuya el interés por experiencias emocionales negativas, aumentando la inversión en metas de mayor significado afectivo, de manera que ocurre una selección de aquellos interlocutores sociales que ofrecen más confort emocional. Tales procesos de regulación de las emociones favorecen el equilibrio entre las emociones positivas y negativas, la estabilidad emocional que permite mantener altos niveles de bienestar subjetivo a pesar de las dificultades, y que los protegen de los efectos nocivos de los acontecimientos estresantes como sería en este caso la experiencia de sobrecarga que puede acarrear el cuidado de familiares dependientes (Tomomitsu, Rodrigues-Perracini, & Neri, 2014).

Por otro lado, existen datos que indican que las puntuaciones altas de apoyo social percibido y satisfacción con la vida tienden a funcionar como factores de protección para el bienestar de los cuidadores como ya hemos comentado en párrafos anteriores (Borg et al., 2006; Tomomitsu et al., 2014). Es decir, el efecto del cuidado sobre la satisfacción con la vida parecen depender de ciertas condiciones sociales también, así como de la salud tanto física como psicológica, pues en dichos estudios se observaron niveles más elevados de satisfacción con la vida entre aquellas personas mayores cuidadoras que tenían un buen estado de salud, recursos financieros suficientes y una red de apoyo social eficaz. Y de entre todos estos concionamientos sociales, Tomomitsu et al. (2013) señalan que es particularmente importante el estado socioeconómico dado que puede influir negativamente en la salud física y en el bienestar psicológico, también en el acceso a los recursos, sobre todo entre cuidadores

mayores. En la misma línea se encontraría la investigación realizada por Caldeira, Neri, Batistoni y Cachioni (2017) según la cual, la satisfacción con la vida entre los cuidadores de personas mayores parece ser un resultado muy influenciado por su calidad de vida, su percepción de la carga y sus condiciones de salud física y mental.

Hoy en día sucede que muchos hijos e hijas que han llegado a la vejez cuiden de sus padres que lo son aún más. Es probable que durante la madurez tardía el adulto sea más consciente de que a la vez se es padre e hijo. En la actualidad, cada vez es más frecuente que las personas mayores puedan verse atrapados entre roles múltiples de cuidador de forma simultánea, por una parte deben cuidar a sus padres ya muy mayores y al mismo tiempo se ven inmersos en el cuidado de sus descendientes o nietos. Es la denominada “Generación Sandwich”. Nuestros resultados reflejan que muchos de los cuidadores participantes en esta investigación son capaces de lidiar bien con las tareas del cuidar, sin sentirse oprimidos y sobrecargados. La tarea de cuidar de los padres ancianos, por ejemplo, tiene matices distintos cuando se es adulto de mediana edad que cuando se ha llegado a la vejez, cuyo inicio suele coincidir con la jubilación. Las demandas adaptativas que formula el retiro, junto al hecho de la recomendación de envejecer activamente ha permeado en la conciencia de muchas personas mayores, quienes cada vez más asumen los desafíos y exigencias e interpelan y reivindican a nuestra sociedad para ser tenidas en cuenta, proponiendo nuevas formas de participación que, a su vez, pueden entrar en competencia con las múltiples exigencias que demanda el cuidado de un padre o madre anciano (Zegers, 2012). Así, es cada vez mayor el número de personas empeñadas en reinventar el modo de envejecer.

Y es lógico suponer que ser un cuidador con la responsabilidad de alguien dependiente en comparación con no ser un cuidador puede significar diferentes puntos de vista sobre la satisfacción con la vida. Debido a que el cuidado tiene un impacto multifacético (estructural, social, financiero y existencial) en las vidas de las personas y porque la influencia puede ser tanto positiva como negativa, los efectos del cuidado en el bienestar psicológico pueden variar sustancialmente dependiendo del aspecto de bienestar bajo escrutinio y a otras circunstancias de la vida del individuo. Por ejemplo, a pesar de que el cuidado generalmente requiere de un compromiso significativo de tiempo y energía, implicando cambios importantes en los roles y las relaciones, factores que a su vez pueden reducir su satisfacción vital y experimentar angustia emocional. No obstante, los cuidadores pueden creer que sus vidas son significativas y gratificantes, ya que el cuidado implica también oportunidades para pertenecer, hacer una

contribución y ayudar a otros. Visto de este modo, puede *promover* el bienestar y las autoevaluaciones positivas, aumentar su propósito de vida y la autoaceptación de sí mismos o autoestima. Puesto que una de las funciones de las relaciones intergeneracionales es la de otorgar apoyo, cuidado y solidaridad. Este mecanismo de reciprocidad se refiere en última instancia a que los hijos e hijas deben cuidar de sus padres y madres muy mayores como parte de la solidaridad intergeneracional, expresada como una obligación moral o expectativa. En este sentido, la responsabilidad filial expresada mediante el cuidado se vincula a la tarea de la generatividad. Así, Fabá (2016) observó que los cuidadores de personas dependientes con más intereses generativos presentaron una mayor satisfacción con la vida y predisposición a actuar de forma generativa en el futuro.

En definitiva, subrayar que un resultado interesante de este estudio es el de aportar evidencia empírica de cómo los aspectos positivos del cuidado de otros pueden contribuir al buen envejecimiento, ya que entre los participantes de este estudio se ha encontrado una relación entre el comportamiento generativo expresado mediante el cuidado y la orientación o propósito en la vida, lo cual sugiere que esta tarea implica el beneficio de tener la sensación de hacer algo con sentido que permite sentirnos en desarrollo, es decir, proporciona claridad, sentido, dirección hacia donde avanzar y la motivación para hacer las cosas de cada día, tal y como sugieren Villar et al. (2013). Todavía hay pocos estudios científicos dedicados exclusivamente a los cuidadores mayores y sus peculiaridades. En este sentido, debido a que el impacto del cuidado en el bienestar puede variar de acuerdo con el contexto cultural y la edad, se necesita más investigación específica que cubra este grupo, dado que la realidad de los cuidadores mayores se vuelve cada vez más común en el actual escenario mundial.

En tercer lugar, en cuanto al efecto del cuidado a familiares dependientes en el grupo de variables que miden aspectos de la Salud (Hipótesis H3.3.1.3), los resultados observados han confirmado la existencia de diferencias significativas en este grupo, aunque la magnitud del efecto es algo menor que para la Satisfacción y el Bienestar (5.3%). Básicamente, las diferencias significativas se encuentran entre las personas mayores que cuidan de otros con más frecuencia y las que no, dado que puntúan más alto en Autocuidado es decir, aquellas que cuidan con más continuidad, implementan significativamente en mayor medida prácticas, actitudes y comportamientos para cuidar de si mismos, de su salud y bienestar en todos los niveles (espiritual, física, psicológica, emocional, social). Pero especialmente, nuestros resultado evidencian que el cuidado de dependientes influye principalmente en Autocuidado

social e interno: en ambos casos los cuidadores que realizan dicha actividad diariamente, efectúan más comportamientos en su vida diaria para mantener el equilibrio mental y regular sus emociones (Autocuidado interno) e implementan en mayor medida que los no cuidadores, comportamientos dirigidos a establecer y mantener las las relaciones o vínculos sociales (Autocuidado social). El tamaño del efecto en ambos casos, es modesto, aunque para el Autocuidado interno es algo mayor, pues explica es de 6.2% de la variabilidad en dicha variable y para el Autocuidado social es del 4.4% de la varianza explicada.

Las acciones de autocuidado se consideran no innatas, se aprenden y dependen de las creencias, las costumbres, actividades y comportamientos, que como elementos culturales responden a la capacidad de supervivencia, a las prácticas habituales de la familia y la comunidad a la que se pertenece (Orem, 1993). Al envejecer, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida, se envejece activamente en la medida en que se tiene la fuerza, la energía y los recursos necesarios para adaptarse a los cambios que van ocurriendo. En general, gran parte de la literatura revisada concuerda en que la mayor frecuencia e intensidad en el cuidado de otros, determina los altos niveles de carga y sentimientos de incompetencia (Garcés et al., 2009), pues la entrega que muchos cuidadores realizan les lleva en ocasiones a asumir situaciones y riesgos excesivos que poco juegan en favor de su bienestar. En este contexto, es cuando el autocuidado puede ser un determinante importante del envejecimiento saludable y del buen afrontamiento de las situaciones de cuidado, pues cuidar de uno mismo es la mejor manera de estar preparado y obtener o mejorar nuestras capacidades para cuidar apropiadamente de las necesidades del otro. En otras palabras, encontrarse en una mejor disposición física y mental para realizar las tareas permite tener la fortaleza y la capacidad de afrontar los muchos problemas que supone cuidar a un familiar dependiente. Sin embargo, también es posible que encontremos muchas barreras para cuidar de nosotros mismos. Uno de los principales obstáculos son las creencias o pensamientos erróneos o disfuncionales (Losada et al., 2010, 2018). En esta situación, mantener el equilibrio mental y emocional (Autocuidado interno) constituye un recurso o comportamiento proactivo para afrontar el cuidado de una forma más positiva (Kahana et al., 2014). Además cuidar las relaciones sociales puede ser también relevante, ya que son muchos de los beneficios que se derivan de aceptar y buscar ayudas o apoyos en las relaciones sociales cuando se cuida a otros, no solo por la obvia liberación de la carga de cuidados o las posibles actividades de ocio, sino también por la posibilidad de la distribución de las

responsabilidades del cuidado. Sin embargo, diversos autores indican todo lo contrario: que los cuidadores que pasan más horas al día brindando atención experimentan una mayor carga e, informan de más síntomas depresivos además de tener mayor riesgo de abandonar conductas y comportamientos de autocuidado personal (Gallant & Connell, 1997; Garcés et al., 2009; Rogero-García, 2010b).

El resultado obtenido en la presente investigación está más en consonancia con otros en donde se resalta los aspectos positivos que implica el cuidado. Por ejemplo, en nuestro entorno sociocultural podemos encontrar el trabajo de López, López-Arrieta y Crespo (2005) cuyo estudio resaltó que aunque el cuidado de dependientes tiene efectos negativos a nivel físico y psicológico, también puede tener algunos resultados emocionalmente positivos que se relacionan principalmente con las características específicas de los cuidadores. Una mayor satisfacción con el papel de cuidador se asoció con menos usos de emociones negativas (equilibrio mental y emocional), mejores relaciones afectivas previas entre cuidadores y dependientes, ser cuidadores por propia iniciativa, mantener el tiempo libre o de ocio y no trabajar fuera del hogar.

En el ámbito internacional destaca también la investigación de Rabinowitz, Mausbach, Thompson y Gallagher-Thompson (2007) que pretendía identificar los recursos personales que predicen un mayor autocuidado en personas cuidadoras. Estos autores constataron que las creencias de autoeficacia, es decir, aquellos cuidadores que creen que pueden alejarse del estrés del cuidador y que pueden manejar los pensamientos erróneos y disfuncionales a menudo asociados con el cuidado, pueden experimentar beneficios tangibles en los comportamientos de salud y en los estilos de vida, y así, en última instancia, mejorar la salud física y mental. Es decir, mantener el equilibrio mental y emocional puede ayudar a afrontar estas situaciones.

Las personas mayores que han participado en nuestro estudio y que además cuidan de algún familiar dependiente no experimentan sobrecarga, a pesar de que ejercen dicha tarea de manera continuada. En primer lugar, porque no se han hallado diferencias entre los que cuidan y los que no en sintomatología depresiva ni tampoco en salud percibida. Por lo tanto, este dato se contradice con los que la literatura científica documenta al respecto (Coe & Van Houtven, 2009; Crespo & López, 2008; Fernández de Larrinoa et al., 2011; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004; Heger, 2017; Hiel et al., 2015; López Gil et al., 2009; Piquart & Sörensen, 2003a, 2003b, 2007; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012;

Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003; Zwar, König, & Hajek, 2018). Y en cambio, nuestros resultados son consistentes en parte con dos grandes metaanálisis enfocados en la carga en la salud de los cuidadores y que concluyeron que hay un impacto mínimo o ningún impacto negativo en la salud física asociada con el cuidado (Pinquart & Sörensen, 2003b; Vitaliano et al., 2003). Además, nuestros resultados son similares a los estudios que incluyen poblaciones de cuidadores más grandes y más representativas que apoyan una hipótesis de que en algunas circunstancias los cuidadores pueden beneficiarse de brindar atención (cuidador saludable) (Brown & Brown, 2014; Brown et al., 2009; Roth et al., 2013; Roth, Ackerman, Okonkwo, & Burgio, 2008).

Cada individuo es responsable de sus propias acciones y puede aprender a regular y a mejorar su conducta utilizando las habilidades del pensamiento. Así, una posible explicación de los resultados encontrados y que planteamos, es que probablemente las creencias de autoeficacia y constituyen un importante recurso de Autocuidado interno para afrontar dichas situaciones de cuidado intenso y continuado, en la línea de lo planteado por Rabinowitz et al. (2007). Las creencias autoeficacia pueden estar más vinculadas a tareas y capacidades específicas y no hace referencia a los recursos de los que se disponga, sino a la opinión que se tenga sobre lo que puede hacer con ellos. Es decir, son los juicios que hacen las personas sobre si serán capaces o no de llevar a cabo una determinada tarea con un determinado nivel de dificultad, esfuerzo y tiempo, así como el tipo y magnitud de las metas que establecen y su resistencia al fracaso. De este modo, a igual capacidad obtendrán mejores resultados los sujetos que se juzgan y creen capaces porque afectan a la motivación y a la conducta. La percepción de autoeficacia influye básicamente sobre el nivel de compromiso y la perseverancia ante los obstáculos, el nivel de estrés percibido y en la determinación para la acción, ya que hace más factible el logro de grandes metas.

También podríamos explicar nuestros resultados mediante el concepto de Sentido de Coherencia formulado por Antonovsky (1979, 1992). Se trata también de una orientación global de personalidad que facilita la solución de problemas de forma adaptativa cuando la gente se encuentra ante situaciones estresantes, el sentido de coherencia aborda temas como la habilidad mental, social y espiritual de afrontar la vida. Esta característica de personalidad facilitaría la adopción de conductas relacionadas con el Autocuidado personal para lidiar con el cuidado y evitar las posibles consecuencias negativas derivadas de éste, tales como la depresión, la ansiedad y la peor salud percibida. Sobre esto, hay cierta evidencia de que los

cuidadores que reportan altos niveles de ansiedad y depresión son más propensos a informar de bajos niveles de sentido de coherencia (Orgeta & Sterzo, 2013). Estos autores señalan que por ejemplo, la relación entre el estrés relacionado con el cuidado y los síntomas depresivos está mediada por el sentido de coherencia de los cuidadores (López-Martínez et al., 2019; Orgeta & Sterzo, 2013; Potier et al., 2018).

Como no podemos dar cuenta de las estrategias de afrontamiento utilizadas entre los participantes de este estudio ya que no se han evaluado, ni tampoco el sentido de coherencia ni el nivel de autoeficacia, no podemos concluir con rotundidad que estos factores sean mediadores en los sentimientos de sobrecarga o por el contrario del nivel de satisfacción. Aunque todas estas variables son aspectos importantes para el desarrollo de un envejecimiento activo y saludable o exitoso, pues pueden ser un recurso adaptativo o fortaleza ante situaciones de estrés continuado que permiten afrontar el envejecimiento de manera más positiva y mejorando la calidad de vida.

Sin duda, para cuidar bien es imprescindible el propio cuidado e incorporar pautas para prestar atención a las propias necesidades personales, ya que una persona cuidadora que se cuida se siente bien, tiene mejor salud y más energía, toma decisiones en mejores condiciones, afronta mejor los errores y las situaciones difíciles y en definitiva, cuida mejor, pues hace sentir mejor a la persona que cuida. Cuidar es ante todo una relación de intercambio con otra persona en la que existe un vínculo emocional. Por eso, para muchos familiares que se ocupan de personas en situación de dependencia, la experiencia de cuidar les aporta numerosos aspectos positivos para su desarrollo personal (Rodríguez, Díaz-Veiga, Martínez, & García, 2014).

Finalmente, en cuanto a la H3.3.1.4, en esta ocasión no se ha cumplido totalmente pues los análisis multivariados no han detectado que la frecuencia en la que se realiza el cuidado a familiares afecte significativamente a las variables que miden la Soledad y el Aislamiento social. Aunque se han hallado diferencias significativas en la dimensión soledad social de la escala DJGLS cuando se analizan los efectos principales del cuidado para cada variable por separado. Es decir, las personas que nunca cuidan de familiares perciben una mayor soledad social que las que realizan dicha tarea con mayor frecuencia. En otras palabras, sienten mayor soledad por la falta de una red social más amplia y atractiva (por ejemplo, hermanos, amigos o vecinos), percepción que tiende a estar vinculada a factores sociales y situacionales, de

modo que la soledad social es más frecuente en personas mayores sin hijos o amigos o bien que hayan sufrido pérdidas o que tienen poco contacto con los miembros de su red social.

Este resultado es inconsistente con diversas aportaciones de la literatura científica que resaltan que los cuidadores en general tienen más probabilidades de sufrir depresión o soledad (Lee, Martin, & Poon, 2017; Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, & Wicker, 2017), especialmente este efecto perjudicial tiende a asociarse con aquellos que proporcionan más horas de atención por semana (Buyck et al., 2011). Nuestro resultado es congruente con la reciente investigación llevada a cabo por Lakomý (2018) utilizando datos de la *Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa* (SHARE), y que examina la relación entre la provisión de cuidados informales y la soledad, el significado de la vida y la sobrecarga, y que mostró que el efecto general de proporcionar atención mejora la soledad y el propósito de vida, siendo este efecto más pronunciado para el cuidador múltiple. Sin embargo, este efecto beneficioso de brindar atención no es significativo para los cuidados muy intensos. Además, hallaron que una mayor disponibilidad de atención formal aumenta la calidad de vida de los cuidadores, pero reduce el efecto beneficioso de cuidar a la soledad.

La vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad. Entre las posibles causas de la soledad está el aumento de fallecimientos entre amistades y familiares que puede provocar sentimientos de desarraigo: es más difícil establecer lazos sociales y encontrar nuevas amistades. La muerte de personas cercanas y de la misma generación puede despertar la conciencia de la propia muerte y generar ansiedad existencial. Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona mayor pueda sentirse sola, pero una de ellas es cuando fallecen seres queridos, especialmente la viudedad, ante la partida de la pareja de toda la vida. Cabe señalar, sin embargo, que la muerte de personas cercanas cada vez más se refiere también a la muerte de los propios padres ya muy mayores, fenómeno vinculado a las mayores expectativas de vida para la población. Así, muchos de las personas mayores enfrentan la muerte de sus padres siendo ellos también “viejos” y muchas veces tras haber cuidado de ellos.

Quizás el hecho de que en este estudio las personas mayores que nunca cuidan perciban mayor soledad social que el resto, es decir, la carencia de relaciones afiliativas y la sensación de no ser aceptado por los otros junto con aislamiento y aburrimiento porque no tienen una red de personas con las que puedan compartir intereses y preocupaciones, pueda ser debido a que las personas de su red familiar próxima y que quizás estaban en una situación de

vulnerabilidad o dependencia y necesitados de cuidado (generalmente los padres o la pareja). hayan muerto y en el momento actual en que se pasó el cuestionario la situación de cuidado ya no estaba presente. Debido a ello, es posible que sientan mayor soledad social por la pérdida de dicho familiar o la carencia de vínculos sociales significativos con los que compartir intereses. La gente, a menudo, asocia la soledad con el envejecimiento. Sin embargo, uno puede sentirse solo a cualquier edad. Los estudios han demostrado que los sentimientos de soledad se pueden reducir al ayudar a los demás. Cuidar y ayudar a otra persona, pero especialmente de un familiar al cual se quiere, puede contribuir a que las personas se sientan menos solitarias, nos puede ayudar a sentirnos útiles y valiosos no sólo por el cuidado que le estamos dando, sino también porque cuando percibimos que otra persona necesita nuestra ayuda, nos genera sentimientos de valía, utilidad y realización personal. No deja de ser una experiencia vital en la que confluyen infinidad de factores que nos mueven a asumir dicha responsabilidad y en muchos casos a encontrar satisfacción en ella. Porque a pesar de todos los efectos negativos, los sacrificios y las pérdidas que conlleva el ser cuidador, genera al mismo tiempo mucha tranquilidad y sosiego el saber que estas cuidando de tu ser querido, que estas poniendo tu amor y tus cuidados al servicio de alguien que en su momento cuidó de ti y te ayudó cuando tú lo necesitabas, que estas devolviendo o retribuyendo lo que te han dado no por obligación, sino porque lo consideras una responsabilidad moral contigo mismo.

### 10.3.2. El cuidado de nietos

**Objetivo propuesto:**

OE3.3. Analizar las relaciones entre el cuidado informal (Cuidado de familiares dependientes y Cuidado de nietos) y el envejecimiento con éxito, activo y saludable.

OE3.3.2. Analizar las relaciones entre la frecuencia de cuidado a los nietos y los indicadores de envejecimiento con éxito.

**Hipótesis planteadas:**

H3.3.2.1. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Recursos Sociales.

H3.3.2.2. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Satisfacción vital y Bienestar Psicológico.

H3.3.2.3. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en la percepción de Salud.

H3.3.2.4. Se encontrarán diferencias en función de la frecuencia de Cuidado de nietos en percepción de Soledad y Aislamiento social.

En este caso, de entre todas las hipótesis planteadas para probar este supuesto, tan sólo se han confirmado completamente la H3.3.2.2 y la H3.3.2.3, es decir, por una parte existen diferencias significativas entre las personas que cuidan de Nietos a diario, varias veces a la semana, varias veces al mes y entre las que nunca cuidan de ellos, en cuanto al nivel de Satisfacción Vital y Bienestar Psicológico que experimentan y por otra parte, también se observaron diferencias significativas según la frecuencia de Cuidado de nietos en el conjunto de variables que evalúan la Salud, siendo el efecto algo mayor para la Satisfacción y Bienestar (4.9%) que para la Salud (4%). En cambio, la H3.3.2.1 no se ha cumplido, no observándose por tanto, diferencias significativas en Apoyo social y Red social en función de la frecuencia de Cuidado de nietos. Finalmente, en relación a la H3.3.2.4, indicar que tras los análisis multivariados, se ha encontrado un efecto significativo marginal del Cuidado de nietos sobre la Soledad y el Aislamiento social ( $p = .059$ ), que aunque no alcanza el nivel de significación

seleccionado previamente sí que es un dato a considerar. En este sentido cuidar a los nietos con mayor frecuencia afectaría en la percepción de menor Soledad y Aislamiento social.

La primera de las hipótesis de este apartado consistía en probar si la frecuencia en el Cuidado de los nietos se asociaba con la percepción de mayores o menores niveles de Recursos Sociales, es decir de Red social y Apoyo social (H3.3.2.1). Como ya se ha comentado en el párrafo anterior, nuestros análisis revelaron que ambas variables no se relacionaban con el Cuidado de nietos y que por lo tanto, brindar cuidados y atención a los nietos en mayor o menor medida no afectaba significativamente al conjunto de variables que evaluaban los Recursos Sociales, prácticamente no hubo diferencias entre los que son cuidadores y los que no lo son en cuanto a la consideración de un mayor o menor apoyo social o tamaño de red social. No obstante, posteriormente, tras efectuar análisis univariados para profundizar en este aspecto, la variable Cuidado de nietos a nivel individual se asoció con Red Social y Apoyo social afectivo, sin embargo, en ambos casos con tamaños de efecto pequeños (4.7% y 3%, respectivamente): aquellos que “nunca” cuidaban de sus nietos percibían menor red social y menor apoyo social afectivo que aquellos que prácticamente cuidaban “a diario”. Dicho de otro modo, en general podemos afirmar que en las personas mayores que no cuidan (ya sea porque no tienen nietos o porque no tienen contacto con ellos), existe una menor percepción de apoyo social afectivo, menos demostraciones de amor, cariño y empatía, así como la disponibilidad de personas para proporcionar esas expresiones de afecto y a su vez, perciben una red social más pequeña. Tal vez, la ausencia de diferencias significativas multivariadas pueda deberse a diferentes razones, entre ellas el tamaño muestral pequeño en cada condición de la variable independiente, pues hay que tener presente que la variable frecuencia de Cuidado de nietos tenía cuatro subcategorías para diferenciar entre diferentes intensidades de cuidado y para abordar la heterogeneidad de la atención: nunca u ocasionalmente, varias veces al mes, varias veces a la semana, a diario. También podemos justificar la ausencia de diferencias multivariadas porque tal vez las diferencias eran limitadas en realidad, o bien que el punto de corte en las escalas podría no haber sido lo suficientemente sensible en el análisis de las diferencias. Adicionalmente podemos incluir como posible explicación ciertas características generales que podrían haber interferido en el apoyo social percibido tales como la edad, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el estado civil, enfermedades crónicas o salud, sexo/género, etc.

Sea como fuere, según refieren diversos estudios entre los abuelos y abuelas españoles se da una alta implicación emocional con sus nietos siendo de las más elevadas de la Unión Europea, y se debe prácticamente a la solidez y riqueza de las redes familiares y sociales característica de los países mediterráneos. Es decir, contamos con un sistema de “familia” basada en lazos de solidaridad muy fuertes. De hecho, diversos estudios han constatado que los nietos y nietas mantienen fuertes lazos emocionales con sus abuelos, pues éstos les sirven como modelos, y al mismo tiempo brindan a sus nietos cuidado, amor y apoyo (Dolbin-Macnab & Keiley, 2009). Según apuntan los resultados de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE, 2013) referidos a España, el 22% de las personas mayores que tienen nietos declara que los cuida en ausencia de sus padres, frente al 78% restante que no lo hace (Badenes & López, 2010). Si los comparamos con los abuelos del resto del continente europeo, los nuestros pasan con sus nietos una media de dos horas más cada día (6-7 horas). Además, en España el 89% de los niños y jóvenes reconoce que disfruta del contacto cercano y diario con sus abuelos, lo que resulta muy positivo, ya que este genera relaciones familiares intergeneracionales muy enriquecedoras. No en vano, para muchas personas, ser abuelo es una parte importante del ciclo vital. Por lo general, si se mantiene un contacto frecuente se genera una relación muy especial con los nietos/as que contribuye a estrechar el vínculo emocional, que muchos utilizan para salir de su zona de comodidad, sumando en actividad, en interacción social y en bienestar. Los abuelos y abuelas brindan a sus nietos/as afectos, cuidados, experiencias vitales, comprensión, amistad, apoyo, etc., y a cambio, reciben dosis de entretenimiento, cariño, inspiración y compañía. Ku et al. (2013) encontraron que los abuelos cuidadores informan de mejor salud, se sienten más satisfechos con el apoyo emocional de familiares y amigos, y tienen más probabilidades de obtener apoyo financiero de sus hijos adultos, frente a los abuelos que no cuidan de sus nietos habitualmente. En relación al apoyo social, nuestro hallazgo se contradice en parte, con el estudio de Muñoz-Pérez y Zapater-Torras (2006) realizado con mujeres mayores de 55 años residentes en Barcelona que eran cuidadoras habituales de sus nietos. El fin que perseguía este estudio era conocer la repercusión del cuidado a tiempo parcial de los nietos sobre la calidad de vida, la salud y el apoyo social percibido. Para evaluar el apoyo social utilizaron también el cuestionario DUKE-UNC-11. A diferencia de nuestro estudio, el apoyo social percibido fue significativamente mayor en el grupo de mujeres cuidadoras que en las no cuidadoras. Es posible que en nuestra investigación la ausencia de diferencias multivariadas entre los que cuidan o no, pueda deberse a diferentes razones, una de ellas sea porque en el estudio antes

citado la muestra no era representativa siendo todos los participantes mujeres, o bien que el punto de corte en la escala podría no haber sido lo suficientemente sensible en el análisis de las diferencias, o bien que las diferencias realmente sean pequeñas para las personas que han participado en este estudio. Recordemos que el perfil de las personas participantes de la presente investigación son mayoritariamente personas mayores que se caracterizan por adoptar formas de envejecimiento activo y exitoso: su salud es bastante buena, se sienten satisfechos con su vida, con buen nivel educativo, son independientes, disfrutan de las relaciones con los otros y mantienen una activa implicación en actividades relacionadas con el aprendizaje. De modo que las fuentes de apoyo social a las que tienen acceso son más diversas, ricas y variadas que para otros subgrupos de población que pertenecen a esta franja de edad. Por tanto, el perfil de nuestros participantes no se ajusta o no es representativo al conjunto de las personas mayores, lo que puede limitar a su vez la generalización de los hallazgos obtenidos. Además hay que añadir que son personas que no sólo se dedican al cuidado, sino que cultivan además su crecimiento personal y autodesarrollo mediante la participación en programas educativos universitarios que les brinda mayores oportunidades y estrategias para acceder a los recursos y al apoyo social, y al mismo tiempo compaginan el cuidado con la participación en diversas actividades de ocio, culturales y sociales.

En general, las investigaciones previas sugieren que el papel de abuelo/a y las relaciones que mantienen con sus nietos generalmente están relacionadas con un mayor bienestar tanto para los abuelos como para los nietos, con algunas excepciones importantes, como cuando el cuidar de ellos implica responsabilidades más amplias (Hayslip, Blumenthal, & Garner, 2015; Hayslip, Fruhauf, & Dolbin-Macnab, 2017; Moorman & Stokes, 2016; Musil et al., 2011; Thomas et al., 2017; Triadó, Villar, et al., 2008). Y es precisamente en estos casos donde los abuelos se hacen cargo de sus nietos completamente, cuando el nivel de apoyo percibido adquiere mayor importancia. El apoyo social en general está considerado como un mediador en el efecto del estrés y de los problemas emocionales en la salud. Revisando la literatura existente nos encontramos con claras contradicciones, por un lado cuidar de nietos puede mejorar la salud, y por otro lado parece empeorarla, y esto parece tener relación con el subgrupo social que se estudie y las causas por las que se cuidan. Moorman y Stokes (2016) encontraron que algunos aspectos de las relaciones que se podrían esperar que sean recursos, como el contacto frecuente y la recepción de apoyo, no siempre son beneficiosos para el bienestar psicológico. Es posible que los abuelos cuidadores cuya salud no se ve afectada negativamente por el cuidado disfruten de más apoyo social, mientras que aquellos que

experimentan poco apoyo frente a las demandas del cuidado, su salud sufre. De hecho, en la revisión sistemática de Kim et al. (2017) sobre el bienestar de los abuelos y abuelas que habitualmente cuidan de sus nietos, uno de los factores que afecta al bienestar de los abuelos son las relaciones sociales y el apoyo social que perciben. En este sentido, cuando no se dispone del suficiente apoyo social, los desafíos de la crianza de los nietos pueden ser estresantes para los abuelos, pues éste sería un recurso que protegería frente al estrés y la sobrecarga que implica el cuidado de los nietos pequeños (Bunch, Eastman, & Griffin, 2007). Quizás, cuando el apoyo social brindado por los miembros de la red social de los abuelos cuidadores es oportuno y eficaz, es decir, cuando las personas obtienen el apoyo social que necesitan, puede ayudar a mitigar las consecuencias negativas que acompañan al cuidado intenso, frecuente y continuado, tales como el aislamiento de los demás, el sentirse invisible o la mala salud, contribuyendo a una mayor calidad y quizás también a una mayor cantidad de vida (Hayslip et al., 2015).

Por lo que respecta a la Satisfacción vital y el Bienestar Psicológico, la hipótesis H3.3.2.2 planteaba que según la frecuencia de Cuidado a Nietos se encontrarían diferencias significativas en los niveles de Satisfacción vital y Bienestar experimentado. Tal y como se esperaba, el análisis multivariado mostró diferencias significativas entre los grupos en Satisfacción vital y Bienestar psicológico, en concreto se descubrió que el cuidado diario, es decir, habitual, frecuente y continuo, afecta principalmente al factor Propósito de vida de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff: mayores niveles de Propósito de vida para los abuelos y abuelas que realizan esta tarea diariamente frente a los que no son cuidadores. Dicho de otro modo, a mayor cuidado, mayor es la sensación de tener un objetivo en la vida y de llevar un rumbo. El Propósito de vida es un componente del Bienestar asociado a la motivación para actuar y para desarrollarse. Las personas necesitamos marcarnos metas y definir una serie de objetivos que nos permitan dotar a nuestra vida de un cierto sentido. Por tanto, las personas que cuidan a diario de sus nietos sienten que su vida es útil, valiosa y que tiene un propósito. En cambio, esto no es así para los no cuidadores, puesto que este grupo obtiene puntuaciones significativamente inferiores en esta dimensión del Bienestar Psicológico. Nuestro resultado es congruente con la investigación cualitativa de Noriega et al. (2017) en donde concluyeron que la interacción con los nietos ayudó a los abuelos a sentirse activos y útiles, aumentó su propósito de su vida y les dio una segunda oportunidad de disfrutar lo que no pudieron con sus propios hijos cuando fueron pequeños.

El propósito en la vida es un recurso psicológico que contribuye a los resultados positivos derivados del cuidado, puesto que se asocia con una mejor salud y se ha descubierto que minimiza el estrés de los cuidadores (Kim, Hershner, & Strecher, 2015; Polenick, Kales, & Birditt, 2018). Se ha visto, por ejemplo, que un mayor propósito en la vida disminuye la mortalidad (Boyle, Barnes, Buchman, & Bennett, 2009), reduce el riesgo de enfermedades o discapacidad (Boyle, Buchman, & Bennett, 2010) y previene el deterioro cognitivo en edades avanzadas (Kim et al., 2015; Tarrant et al., 2015). Igualmente, un mayor propósito también puede promover ganancias de cuidado (es decir, recompensas de la prestación de cuidado) (Chow & Ho, 2015; Chow & Ho, 2012; Polenick, Sherman, Birditt, Zarit, & Kales, 2018). Cuidar a los nietos se convierte en una fuente de motivación para los abuelos y abuelas, les motiva para seguir viviendo y para asumir las propias obligaciones, inclusive para sobrellevar situaciones difíciles y adversas. Es posible que si uno tiene claro cuál es su papel en el mundo, muy relacionado con el sentido que da a su vida, y percibe el futuro de forma positiva (lo que también tiene relación con el sentido), es más probable que conservar la estabilidad mental. Las percepciones de propósito están vinculadas a estrategias de afrontamiento proactivas y flexibles que podrían hacer que los cuidadores sean más resilientes (Sougleris & Ranzijn, 2011) y es un antecedente disposicional de la proactividad preventiva como se propone en el modelo de envejecimiento exitoso planteado por Kahana et al. (2005). De hecho la evidencia reciente indica que la actividad generativa intergeneracional, en este caso el cuidado de los nietos como expresión de generatividad, puede mejorar las percepciones del propósito en la vida (Gruenewald et al., 2015; Montpetit, Nelson, Gast, & Gupta, 2015). A su vez, las ganancias percibidas del cuidado también están vinculadas a los indicadores de bienestar positivo (por ejemplo, la satisfacción con la vida) y pueden contrarrestar el estrés del cuidador (Fabà & Villar, 2013). En conjunto, el trabajo previo indica que el propósito percibido de los cuidadores puede desempeñar un papel importante en la configuración de su bienestar a largo plazo. Adicionalmente, el presente estudio también mostró que el cuidar de los nietos diariamente afecta significativamente en el nivel de Satisfacción vital, tanto pasada, presente como futura, pero se relaciona mayormente con la dimensión presente de la Satisfacción vital. Es decir, que la atención auxiliar que brindan los abuelos a sus nietos, es una importante fuente de satisfacción para la mayoría de los participantes de nuestro estudio, constituye más una fuente de emociones positivas y una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante que una carga o responsabilidad estresante. Este resultado obtenido lo podemos relacionar con el obtenido por la investigación de Triadó et al. (2014), en donde se observaron

resultados similares, aunque en dicho estudio la intensidad o frecuencia en la atención proporcionada no tuvo ningún efecto significativo con la satisfacción con la vida. Por el contrario, entre los participantes de nuestro estudio la satisfacción con la atención fue muy alta en la mayoría de los abuelos, y esta variable la intensidad del cuidado medida con el indicador de frecuencia de cuidado, sí que tuvo un efecto significativo en la satisfacción presente: a mayor frecuencia en el cuidado (sobre todo si esta atención era diaria) mayor es la satisfacción con la vida, más que cuando la atención era más dispersa en el tiempo y menos continuada. Si bien, tal y como indican Triadó et al. (2014), es posible que la satisfacción puede estar mediada por otras variables como la percepción de dificultades en la atención o la falta de recursos o apoyo social. Es decir, el bienestar de los abuelos puede variar de acuerdo con las características sociodemográficas (por ejemplo, la raza y residencia conjunta con hijos adultos), situaciones de cuidado (por ejemplo, tipos de cuidado y actividades con nietos) e indicadores de capital social (por ejemplo, relaciones familiares y apoyo social) ( Kim et al., 2017).

Nuestro resultado también es congruente con la investigación llevada a cabo por Arpino, Bordone y Balbo (2018) usando datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE) que abarca 20 países. Esta investigación, que pretende indagar si ser abuelo y brindar cuidado a un nieto se asocia con el bienestar subjetivo de los mayores europeos, encontró que en los países en los que se espera socialmente que los abuelos desempeñen un papel como proveedores de cuidado infantil (como es el caso de España), no asumir dicho papel puede influir negativamente en el bienestar subjetivo. Además, mostraron que el cuidado de nietos (ya sea este intensivo o no), generalmente se asocia con mayor bienestar subjetivo en los abuelos, independientemente del nivel educativo y del género.

En tercer lugar, la H3.3.2.3, que planteaba que aparecerían diferencias en el conjunto de variables que evalúan la Salud en función de la frecuencia de Cuidado de Nietos, también se ha cumplido. Básicamente, tras el análisis univariado se ha podido confirmar que la frecuencia en el cuidado y atención a los nietos produce efectos tan solo en las conductas o comportamientos de Autocuidado, en particular, en Autocuidado interno y social (siendo el tamaño del efecto 5.7% y 5.1%, respectivamente), es decir, entre los participantes de nuestro estudio, cuidar de los nietos habitualmente y de forma más continua, es decir, con una frecuencia diaria, les incentiva a implementar comportamientos, actitudes y conductas para

mantener el equilibrio mental y emocional y también para mantener y establecer relaciones sociales en mayor medida que los que no cuidan de nietos.

Dicho de otro modo, nuestros datos muestran que los abuelos cuidadores de sus nietos, especialmente aquellos que lo hacen de forma continuada, experimentaron algunos beneficios para la salud, siendo especialmente importante en la asunción de estilos de vida saludables y conductas o actitudes de Autocuidado. Es decir, este trabajo de cuidado conlleva una mayor motivación para cuidar de sí mismos. De manera similar, los cuidadores con mayor propósito pueden participar con mayor frecuencia en actividades de autocuidado (por ejemplo, ejercicio, chequeos regulares) que mantienen su salud y su capacidad para brindar atención (Hooker & Masters, 2016; Hooker, Masters, & Park, 2018; Kim, Strecher, & Ryff, 2014). En general, este resultado está en la línea de otros muchos estudios, tanto nacionales como internacionales, los cuales muestran una mejor salud entre los abuelos que proporcionan cuidados a sus nietos ya sea de forma intensiva o no. Por ejemplo, en nuestro contexto sociocultural destaca las investigaciones de autores como Triadó et al. (2008) y Triadó et al. (2014). En particular en el estudio de Triadó y Villar (2008), se analizaron las ventajas y desventajas percibidas del cuidado de nietos por parte de los abuelos/as, destacando que en general hay un gran satisfacción en este rol de cuidador auxiliar, mientras que las desventajas son escasas. Para los abuelos cuidar a sus nietos supone una actividad beneficiosa, tanto por el contacto con los nietos, como por el valor que continúan teniendo en su familia. Aunque la edad del abuelo/a resulta una variable importante ya que los más jóvenes de los participantes percibían más beneficios y menos desventajas. Otra vez, el sentirse bien, tener una buena salud propicia que las actividades realizadas, en este caso, el cuidado de los nietos, supongan una actividad productiva y beneficiosa para los abuelos que la realizan. Cuidar de los nietos les otorga un papel protagonista en la dinámica de la familia, lo que les hace sentirse imprescindibles para el buen funcionamiento de la misma, aumentando su autoestima y dejando de lado la sensación de soledad. Estar con los nietos les permite mejorar su estado físico, pero también el mental se sienten rejuvenecidos por la energía, la vitalidad y la alegría que sus nietos les brindan.

También podemos relacionar nuestros resultados con los de la investigación de Di Gessa et al. (2016a), también con datos de SHARE de abuelos y abuelas mayores de 50 años, investigación en donde se ofrece evidencia de que los abuelos cuidadores europeos, presentan una mejor salud que los que no son cuidadores. Esta relación entre la salud y el cuidado de

nietos también se ha encontrado en la investigación longitudinal llevada a cabo por Di Gessa, Glaser y Tinker (2016b) incluso después de tener en cuenta las condiciones socioeconómicas y la salud previa. Sin embargo, esta asociación significativa se encontró solo para las abuelas y no para los abuelos. Por otro lado, si nos atenemos a la variable depresión, la ausencia de efectos que el cuidado de nietos ejerce en los niveles de depresión en nuestro estudio, se contradice con el hallazgo de Brunello y Rocco (2016) también con datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE). Estos autores sugieren que el cuidado de los niños aumenta la probabilidad de depresión para las abuelas y especialmente para abuelos. El efecto estimado es bastante grande, ya que 10 horas más de cuidado de niños por mes causan que la probabilidad de depresión aumente de 3.0 a 3.2 puntos porcentuales entre abuelas y por 5.4 a 5.9 puntos porcentuales entre abuelos. Además indican que las abuelas que cuidan a sus nietos a diario tienen puntajes cognitivos más bajos que las abuelas que brindan atención con menos frecuencia. A similares conclusiones alcanzaron Arpino y Gómez-León (2019) que encontraron que brindar atención a los nietos solo reduce el riesgo de depresión para las abuelas, pero no para los abuelos. Para ambos sexos, encontramos un mayor riesgo de depresión entre aquellos que brindan cuidados intensivos. Quizás, esto puede ser debido a que en España la carga del trabajo doméstico recae en gran medida sobre las mujeres, que se dedican cuatro veces más horas por semana para las tareas del hogar que sus parejas masculinas. La mayor prevalencia de la división tradicional del trabajo por género sugiere que los hombres en España están menos preparados que las mujeres para tratar con niños y nietos, y por lo tanto más expuestos a las consecuencias negativas (como los síntomas de depresión) que implica de cuidado de niños cuando éste es de forma intensa.

Revisando la literatura existente nos encontramos con claras contradicciones, por un lado cuidar nietos parece mejorar la salud tanto física como mental (Condon et al., 2018; Trevisan et al., 2018), y por otro lado parece empeorarla (McGarrigle et al., 2018), y este puede tener relación con el subgrupo social que se estudie y las causas por las que se cuida (Vicente et al., 2014). Quizás una de las variables que más puede mediar en esta relación es el nivel educativo y por extensión el nivel socioeconómico, es probable que los abuelos/as con menor nivel educativo estarían más expuestos y serían menos capaces de lidiar con los aspectos estresantes del cuidado, especialmente cuando este se realiza de forma intensiva, pues tendrían menos recursos para afrontar dicha situación, lo que a su vez, se relacionaría con niveles más bajos de salud. De nuevo, puntualizamos que gran parte de los participantes de nuestro estudio son personas mayores que no se pueden considerar como representativos del

total de la población mayor, dado su alto nivel de participación social y educativo y sobretodo por representar a un grupo característico de personas mayores envejecientes exitosos. Son un grupo de personas mayores cuya media de edad es bastante joven y por lo tanto su salud todavía es buena, de modo que el cuidado frecuente todavía no les acarrea consecuencias adversas en su salud, más bien todo lo contrario.

Probablemente, nuestro principal hallazgo es la relación existente entre el cuidado de nietos y las conductas de Autocuidado. Nuestro estudio aporta evidencias de que el cuidado regular de nietos por parte de los abuelos/as implica una mayor asunción de comportamientos relacionados con el cuidado de uno mismo y la promoción de la salud. Especialmente con aquellos comportamientos cuyo propósito es mantener el equilibrio mental, emocional, espiritual y social. Como su propio nombre indica, el autocuidado son básicamente todas aquellas tareas, hábitos, habilidades o conductas incluidas en nuestra rutina para cuidar de uno mismo y que nos permiten mejorar el estilo de vida, la calidad de vida o el bienestar. Es tener hábitos positivos, y evitar los nocivos. Es importante mencionar que teóricamente, las capacidades de autocuidado pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir, que en algunas ocasiones por alguna razón la persona tiene las habilidades para cuidar de su salud pero no hace uso de ellas.

Por otro lado, los vínculos afectivos suelen unir a las personas. Hay vínculo afectivo cuando estamos unidos al otro mediante el deseo de dar lo mejor de uno mismo basado en lo que cada uno cree o decide que es mejor para el otro. Además, hay vínculo de cuidado cuando además de querer lo mejor para el otro, comprendemos sus aspiraciones, sus retos y sus capacidades y gracias a esta comprensión cultivamos sus capacidades para que enfrente sus retos y realice sus aspiraciones. Esto nos permite descubrir cosas de nosotros mismos y nos hace sentirnos queridos y útiles. El vínculo de cuidado se teje desde el autocuidado y no desde el auto-descuido. Por lo tanto, el autocuidado es la primera manifestación de cuidar al otro.

Toda tarea de cuidar al otro conlleva esfuerzo y dedicación y en ocasiones, muchos abuelos encargados de la crianza de sus nietos se olvidan de sí mismos, dejando a un lado sus propios intereses y necesidades personales para atender a sus familiares. Es importante que los abuelos/as cuidadores se cuiden para afrontar mejor el día a día, pues en la medida en que se cuiden a nivel emocional y social, podrán relacionarse mejor con los retos que implican la vida misma y la atención de otros, y eso sí que es importante para ser feliz. Muchas veces, la vida de los abuelos cuidadores experimenta un giro cuando empiezan a ejercer los cuidados

para con sus nietos, por ejemplo, las relaciones de amigos y familiares cambian significativamente a partir de ese momento o bien tienen poco tiempo para ellos mismos, circunstancias que provocan una pérdida de la libertad que tenían. Este rol de cuidador puede implicar aspectos positivos y negativos en la salud tanto física, como emocional o social en los mayores. Como aspecto negativo sería dejar en segundo plano su autocuidado y su vida social; y como efecto positivo los sentimientos de satisfacción tales como sentirse útiles, productivos y queridos. En general, tal y como la evidencia científica corrobora, los abuelos cuidadores se sienten satisfechos de atender a sus nietos a pesar de que estas actividades les generan algunas veces problemas de salud o estrés. Más bien las desventajas encontradas entre los abuelos cuidadores surgen de las características previas de éstos, no como consecuencia de brindar atención. La disminución de la salud como consecuencia de la atención de nietos parece ser la excepción más que la regla (Hughes et al., 2007).

Otro factor positivo a destacar para los abuelos cuidadores de nietos es que puede modificar en ellos algunas conductas inapropiadas y puede intervenir en adquirir comportamientos saludables por la responsabilidad que sienten de dar un buen ejemplo y de mostrar estilos de vida saludables, además pueden hacer sentir a estas personas mayores que su red de apoyo aumenta al contar con sus nietos. Esta sensación de satisfacción está más presente en los abuelos que realizan la tarea de cuidar de forma altruista y no por obligación.

Por lo tanto, en relación al cuidado de uno mismo nuestros resultados son congruentes con el meta-análisis de Lommi, Matarese, Alvaro, Piredda y De Marinis (2014) el cual reveló que las personas mayores toman decisiones sobre sus actividades de cuidado personal en base de sus actitudes hacia su vida y su futuro. Estas actividades de autocuidado están dirigidas hacia el bienestar integral, la prevención y el tratamiento de los efectos del envejecimiento, la obtención de una sensación de satisfacción y la autorrealización. Además, las actividades de autocuidado se resuelven en una red social y relacional que permite a las personas mayores cuidar de sí mismos y de los demás, o ser atendidos por otros. Tal y como sugiere Fagerström (2010), las relaciones cercanas y los sentimientos de ser necesarios en la vejez son importantes para su autocuidado personal ya que facilita el mantener la propia salud o bienestar.

Como ya hemos explicado previamente, este aspecto fue denominado por Erikson, Erikson y Kivnick (1986) como *grand generativity*, y trata de reconocer las diversas formas en las que los mayores ayudan a otros (como padres, como abuelos, como amigos, como

mentores, etc.) a la vez que aceptan ayuda y expresan su interés por perpetuar conocimientos y valores en las futuras generaciones. Por ello la generatividad en la vejez, expresada por ejemplo a través del cuidado a los nietos, podría ser una importante fuente de bienestar en las últimas décadas de la vida y ser un importante ingrediente del envejecimiento satisfactorio (Villar, 2012b). La preocupación y el cuidado por el bienestar de los demás, particularmente en relación a las generaciones más jóvenes, es un componente importante del envejecimiento exitoso (Moieni, 2017).

Finalmente, respecto a la H3.3.2.4, tras los análisis multivariados efectuados no hay evidencias suficientes para afirmar la existencia de diferencias significativas en Soledad y Aislamiento en función de la frecuencia de Cuidado de nietos, por tanto dicha hipótesis no se cumple para el colectivo de personas mayores que han participado en el presente estudio. En general, el hecho de cuidar con mayor frecuencia o no de los nietos no afecta a la percepción de mayores o menores niveles de Soledad o aislamiento en esta muestra. Si bien, los análisis efectuados han mostrado una significación marginal en este grupo de variables dependientes según la frecuencia de cuidado de nietos, que aunque no alcanza el nivel de significación establecido previamente, aporta un matiz en la interpretación de este resultado. Cuando se han analizado el efecto del cuidado en cada variable por separado se ha comprobado que las diferencias estadísticamente significativas se dan en el factor Conexión social de la escala UCLA. Y en particular entre las personas que cuidan a nietos varias veces a la semana frente a los que nunca cuidan experimentan menos soledad debida a la ausencia de Conexión social o intimidad con otros.

A priori se esperaba que pasar tiempo con los nietos, al ser una actividad placentera para la gran mayoría de las personas mayores, ayudaría a combatir los sentimientos de soledad y aislamiento, dado que permite que los mayores se sientan útiles y queridos, dejando de lado la sensación de soledad al favorecer su integración y bienestar. Gran parte de la literatura sobre este tema, coincide en que cuidar de los nietos otorga a los abuelos un papel protagonista en la dinámica de la familia, lo que les hace sentirse imprescindibles para el buen funcionamiento de la misma, aumentando su autoestima y dejando de lado la sensación de soledad. También se sabe que el aislamiento social y el apoyo social inadecuado son problemas significativos para que los abuelos experimenten soledad, sentirse diferentes y tener un sentido de invisibilidad. Los abuelos también pueden contribuir al aislamiento social indirectamente, como cuando los abuelos reportan sentirse solos en su situación y sospechan que sus

compañeros no pueden relacionarse con su experiencia. Por lo tanto, para los abuelos y abuelas cuidadores, el apoyo social parece ser crucial para la salud física y mental, así como para su capacidad para hacer frente a las demandas de la crianza de los nietos (Hayslip et al., 2015; Hayslip & Kaminski, 2005). Nuestro resultado se contradice con las investigaciones longitudinales de Tsai, Motamed y Rougemont (2013) y Tsai (2016), si bien se trataría de muestras de personas mayores de Taiwán con lo que el perfil cultural dista mucho del perfil de nuestros participantes. En estos estudios, por ejemplo, se encontró que las personas mayores que no brindaban atención a los nietos tenían una probabilidad significativamente mayor de sentirse solos y tristes.

Los cuidados hacia los nietos es una práctica extendida alrededor del mundo. En España, según la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE), uno de cada cuatro abuelos cuida de sus nietos todos los días una media de siete horas diarias (Brunello & Rocco, 2016). A este respecto hay que considerar además, que los abuelos que eventualmente cuidan a sus nietos es probable que sean diferentes de la población de personas mayores, por ejemplo, porque tienen una mejor salud física y mental y disponen de buena predisposición para ejercer esas actividades. Por lo tanto tienen una menor probabilidad de sobrecargarse por exceso de responsabilidades.

La investigación hasta la fecha sobre la relación entre el cuidado de los abuelos y la salud y el bienestar no es concluyente y parece verse afectada por el contexto social y por el nivel socioeconómico o la edad. Además, el cuidado de los abuelos varía considerablemente en Europa, con niveles más altos de cuidado de los abuelos en aquellos países europeos (como Italia y España) con niveles más bajos de empleo remunerado entre las mujeres mayores, la disponibilidad limitada de cuidado infantil y actitudes más conservadoras hacia los roles familiares de género. Es probable que la salud se vea afectada por las variaciones en las características individuales, como la edad, y la interacción entre los factores individuales y contextuales (por ejemplo, los abuelos que cuidan regularmente a los nietos en países con pocos apoyos formales pueden tener más probabilidades de experimentar efectos adversos para la salud) (Di Gessa et al., 2016a). Además, también hay evidencias que los abuelos con un nivel educativo alto brindan una atención a los nietos menos intensiva en comparación con los que tienen menor nivel educativo. Este patrón se deriva de que los abuelos con mayor nivel educativo saben poner más límites, mientras que los grupos de abuelos con niveles socioeconómicos más bajos están más limitados y son menos capaces de decir no. También,

el cuidado intensivo de los nietos se asocia con más síntomas depresivos y menor bienestar, y es mediado por la participación en actividades sociales y el nivel educativo. El efecto del cuidado de los nietos en el bienestar de los abuelos depende de si se proporciona por elección u obligación (McGarrigle et al., 2018).

Una posible explicación de nuestro resultado con respecto a la Soledad podría deberse nuevamente al perfil de la muestra estudiada, caracterizada por ser un colectivo de personas mayores plenamente integrados, participativos y activos socialmente, con un nivel educativo alto y por tanto con mayores recursos y apoyo social que la población general de personas mayores españolas. Muchos de ellos compaginan el cuidado de sus nietos con otras actividades placenteras y significativas para ellos que les permite su crecimiento y desarrollo personal. No tienen una dedicación exclusiva al cuidado, por ello su rol les es muy gratificante. De hecho los abuelos en este estudio informaron que cuidar de sus nietos les brinda un propósito de vida y mayores niveles de satisfacción con la vida. Además, son un grupo de personas mayores representantes de la experiencia de vivir un envejecimiento exitoso y saludable o activo, dado que la gran mayoría de ellos muestran altos niveles de salud y bienestar. También, se trataría de un grupo de personas mayores cuyo perfil es relativamente joven, con lo cual su proceso de envejecimiento no estaría muy avanzado y su estado de salud sería óptimo para lidiar con las tareas que exige el cuidado. Indicar además de que son un colectivo de personas mayores con amplias inquietudes intelectuales y culturales, que acuden habitualmente a cursos programados en la Universidad de València y en donde tienen la posibilidad de relacionarse con otros, de compartir espacio y tiempo con iguales, de interactuar socialmente y recibir apoyo social, aspectos que por otro lado evitan y previenen los sentimientos de soledad que frecuentemente se asocian con el envejecimiento. Es por ello que este resultado obtenido es difícil de generalizar a la población en general debido a estas particularidades muestrales.

#### **10.4. Efectos de interacción del Sexo con las variables sociodemográficas en el envejecimiento con éxito**

Uno de los objetivos de esta investigación (OE3.4) fue analizar las diferencias en función del Sexo en los indicadores del envejecimiento con éxito seleccionados e investigar su interacción con el resto de variables independientes: Edad, Estado Civil, Situación Laboral, Cuidado a familiares dependientes y Cuidado de nietos.

Se optó por analizar las interacciones de género con otras categorías sociales porque el enfoque de la interseccionalidad en el estudio de las diferencias de sexo sostiene que los efectos de género nunca se pueden entender de manera aislada y siempre debe ser examinado en contexto, es decir, en el contexto de otras identidades sociales o categorías biológicas, sociales y culturales pues éstas interactúan en múltiples y a menudo simultáneos niveles ya que generalmente están solapadas entre sí e influyen en la vida de las personas mediante sus respectivos sistemas de discriminación, opresión o dominación. Una implicación es que los investigadores no deberían hacer declaraciones globales sobre el género ya que pueden llevar a sesgos, porque estas categorías sociales pueden moderar la magnitud de las diferencias de género, en caso de haberlas.

Se trata de una aproximación que analiza en un nivel de mayor complejidad en la identificación de las desigualdades sociales, que actúan sobre las mujeres y los hombres y sobre grupos específicos de mujeres, en tanto permite comprender mejor a través de las diferentes relaciones que se establecen entre las mismas, cual es la realidad social que ocupan y si los recursos de las administraciones potencian la igualdad o por el contrario perpetúan la desigualdad (Expósito, 2013). Para empezar, se discutirán los resultados obtenidos para los efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en los cuatro grupos de variables dependientes.

#### **10.4.1. Interacción del Sexo con la Edad**

**Objetivo específico planteado:**

OE3.4.1 Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y la Edad y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

**Hipótesis planteadas:**

H3.4.1.1. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Recursos Sociales.

H3.4.1.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Bienestar Psicológico y Satisfacción Vital.

H3.4.1.3. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Salud.

H3.4.1.4. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en Soledad y Aislamiento social.

Al analizar la interacción entre ambas variables independientes con el propósito de examinar diversos patrones en los indicadores de envejecimiento con éxito en función de distintos tramos de edad y si estos difieren entre hombres y mujeres, no se obtuvieron interacciones significativas de primer orden entre estas variables para ningún grupo de variables dependientes analizadas. Por lo tanto, no se ha podido demostrar la existencia de efectos de interacción de la Edad y el Sexo en los indicadores de envejecimiento activo, saludable o con éxito en esta muestra de personas mayores.

De todas las hipótesis planteadas tan solo se ha cumplido la H3.4.1.2, la cual postulaba que no había efectos de interacción multivariada entre la Edad y el Sexo en el grupo de variables que evalúan la Satisfacción con la vida y el Bienestar psicológico. Por el contrario, en las hipótesis H3.4.1.1, H3.4.1.3 y la H3.4.1.4 no se han podido confirmar, ya que los análisis efectuados han mostrado que no hay evidencias significativas suficientes para afirmar la existencia de un efecto de interacción entre ambas variables independientes sobre el grupo de variables que evalúan los Recursos Sociales, la Salud y la Soledad y Aislamiento social.

En primer lugar, en cuanto a los Recursos Sociales (H3.4.1.1), Red social y Apoyo social, a priori se esperaba encontrar un efecto de interacción entre la Edad y el Sexo en estas variables. Se ha llegado a esta premisa en base al planteamiento teórico del Modelo Convoy de las relaciones sociales, del cual se ha hecho mención en la parte teórica de esta tesis (Antonucci et al., 2011; Kahn & Antonucci, 1980). Entre otras cosas, dicho modelo sostiene que la estructura de la red social, en cuanto al número de relaciones y características específicas de los miembros de la red, varía según las características personales (por ejemplo, edad y género) y situacionales (por ejemplo, roles y contexto) (Antonucci, 2001). En el núcleo del modelo está la capacidad del convoy de cambiar con el tiempo y de variar según las generaciones (es decir, a través de cohortes) y la edad (es decir, dentro del individuo a lo largo del tiempo). Así, el modelo Convoy sugiere que en diferentes etapas de la vida (por ejemplo, en la infancia, en la edad adulta o durante la vejez), la composición del convoy varía según las necesidades de desarrollo y contextuales de una determinada etapa vital. Y también de manera similar, la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1991; Carstensen et al., 2003), indica que debido a la perspectiva temporal más limitada en el envejecimiento, las redes sociales de las personas mayores se vuelven más pequeñas y se centran más en la familia, es decir, que a medida que las personas envejecen y se acercan al momento de la muerte se vuelven más selectivas sobre las relaciones en las que invierten su tiempo y sobre

sus recursos emocionales. Así, desde este modelo teórico y respaldado por la evidencia empírica de diversas investigaciones, los componentes estructurales de la red social, como el tamaño, la composición, la proximidad y la frecuencia de contacto, pueden variar según la edad, el sexo y el nivel económico. Estos planteamientos teóricos sugieren además que las diferencias de género en las relaciones sociales son evidentes a lo largo de la edad adulta en la mayoría de las culturas. Por ejemplo, en los contextos occidentales, las mujeres tienden a enfatizar más el apoyo emocional en sus relaciones sociales, mientras que los hombres tienden a centrarse en el apoyo instrumental (Antonucci, 2001). Además, las mujeres informan generalmente de redes más grandes, con más intimidad y cercanía, siendo más probable que tengan redes más diversas que los hombres (Cornwell, 2011). En el contexto español, por otro lado, los roles de género tradicionales todavía están muy vigentes; por lo tanto, se esperaban efectos de género similares a los documentados en otros contextos culturales sobre este aspecto.

Pero tras los análisis multivariados efectuados para comprobar si existía interacción entre el Sexo y la Edad, no han corroborado tales supuestos, y no hay efectos de interrelación, por consiguiente, no podemos afirmar que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres según la edad que éstos tengan en cuanto a la apreciación de Recursos Sociales en esta muestra de personas mayores en concreto. Este dato se contradice, pues, con los resultados obtenidos en diversos estudios que han analizado los efectos de la edad y el género en las redes sociales (Ajrouch et al., 2005; Ajrouch, Fuller, Akiyama, & Antonucci, 2018; Fuller-Iglesias & Antonucci, 2016; Liao, McMunn, Mejía, & Brunner, 2018; Schwartz & Litwin, 2018), y en donde se resaltan las trayectorias específicas en cuanto al género del apoyo social percibido en las relaciones más cercanas de las personas mayores, indicando una selectividad socioemocional más pronunciada en los hombres mayores que en las mujeres, es decir, que en los varones de mayor edad hay una reducción significativa de sus redes sociales y un menor apoyo social percibido. Así, en la investigación de Fuller-Iglesias y Antonucci (2016), donde se examina si la estructura de las redes sociales varía según la edad, el género y el nivel de educación mediante una muestra de 1.202 personas con un amplio rango de edad (18-99 años de edad) en México, constataron que los efectos de género, y también de la educación, estaban moderados por la edad de los participantes, dicho de otro modo, constataron que las mujeres más jóvenes suelen tener redes más diversas y las personas mayores con menor nivel educativo tienen vínculos sociales más débiles. También se detectaron diferencias de género en las poblaciones de adultos mayores en las redes sociales y el apoyo social entre los

participantes del Estudio Longitudinal IMIAS (*International Mobility in Aging Study*) ( $N=1995$  personas mayores que viven en la comunidad, con edades comprendidas entre 65 y 74 años) (Ahmed et al., 2018)

Por otro lado, resulta llamativa la poca capacidad explicativa que estas dos variables, Sexo y Edad, tienen sobre el apoyo social y la red social en nuestro estudio. Lo cual lleva a plantearse que quizás existan variables de mayor peso en este constructo psicológico, por ejemplo el nivel educativo, económico o el estado civil. Una posible explicación de nuestro hallazgo sea debido en principio a una doble causa, por un lado, al perfil de los participantes de este estudio: un grupo de personas mayores envejecientes exitosos, activas y participativas en contextos culturales y educativos que asisten a un programa universitario para mayores en la Universidad y que, por lo tanto, cuentan con más recursos o posibilidades de establecer vínculos, interacciones y relaciones sociales con otros. Circunstancia que favorece, a su vez, la percepción de niveles mayores de apoyo social que otros grupos de personas mayores de la población general.

Otra posible explicación, sería por ejemplo, debido a la subscripción a roles de género más igualitarios en todas las edades que se está produciendo cada vez más en la mayoría de las sociedades occidentales: en general, la igualación entre sexos se está produciendo por la progresiva “masculinización” de los roles femeninos. Tal y como sugiere Pérez-Díaz (2000), el creciente peso de las personas mayores y la generalización de la supervivencia hasta dichas edades, abre nuevas posibilidades de organización social y familiar. Disminuye la preponderancia que hasta ahora había tenido el sexo como eje en la distribución de roles, y crece la importancia de la edad como criterio diferenciador. En resumen, sugiere que las edades jóvenes y adultas se orientan cada vez más hacia comportamientos hasta ahora considerados “masculinos”, mientras las personas en edades maduras y avanzadas experimentan una preponderancia creciente de aquellos otros hasta ahora considerados “femeninos” (Gale-Ross et al., 2009). Se trata del fenómeno de la “feminización de la vejez”, de la cual se ha hecho referencia en capítulo dos de esta tesis. Por lo tanto, en contraste, entre los hombres y mujeres mayores puede haber menos diferencias porque con la edad hay menos distinciones de roles. Los hombres que ya no trabajan fuera del hogar pueden tener una vida cotidiana que, al igual que las mujeres mayores, están ligadas al hogar y a la familia. Por lo tanto, las redes sociales y el apoyo social que reciben de ellas, que incluyen el tamaño, la

proporción de la familia, la proximidad geográfica y la frecuencia de contacto, son bastante similares.

En segundo lugar, en cuanto a la hipótesis H3.4.1.2, los análisis realizados han permitido mostrar que tampoco hay efectos de interacción de la Edad y el Sexo en las variables que miden la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico, de modo que hombres y mujeres, ya sean más mayores o más jóvenes en edad, no difieren en los niveles de bienestar.

En relación a la Satisfacción con la vida, por lo que respecta al sexo y la edad, las investigaciones muestran resultados contradictorios. El sexo parece tener una influencia limitada en el bienestar subjetivo, y cuando las hay son de pequeño tamaño y se deben básicamente a la influencia de otras variables, como el estado de salud, el nivel socioeconómico o educativo, el estado civil o la edad. En el metanálisis de Pinquart y Sörensen (2001a) se encontraron diferencias de género más pequeñas en bienestar subjetivo en los grupos más jóvenes de personas mayores que en los más viejos. También informaron de las diferencias entre cohortes en satisfacción con la vida. Y lo mismo ocurre con Bienestar Psicológico, que tanto para el sexo como para la edad, los resultados son contradictorios. En cuanto a la trayectoria del desarrollo del Bienestar Psicológico, varios estudios han informado que algunas de sus dimensiones exhiben claramente los efectos de la edad, mientras que otras se mantienen estables en el tiempo (Meléndez et al., 2011). En cuanto al sexo, lo mismo, unos estudios señalan una ligera tendencia de los hombres a tener niveles más altos de bienestar (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999), por el contrario, otros trabajos señalan que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de Crecimiento personal y Relaciones positivas con otros (Meléndez et al., 2011).

El hallazgo más relevante de nuestro estudio con respecto a estas variables, ha sido que entre los participantes no han aparecido efectos de interrelación entre la edad y el sexo, tal y como otras muchas investigaciones sugieren. Resultado que es congruente con la investigación de González-Rivera, Verea-Alicia y Rosario-Rodríguez (2017), en donde de manera similar para las personas mayores, en este caso puertorriqueñas, ni el género ni la edad eran factores influyentes en su nivel de bienestar psicológico, principalmente.

En cambio, nuestro estudio se contradice con la investigación en relación al Bienestar Psicológico de Mayordomo et al. (2016), también en población española, cuyos resultados revelan efectos de interacción significativos entre la edad y el sexo para algunas de las

dimensiones del bienestar; concretamente, en Autoaceptación, Crecimiento personal y Dominio del entorno: la dimensión de Autoaceptación difiere entre sexos con la edad; las mujeres mostraron un descenso en su Crecimiento personal con la edad, mientras que el Dominio del entorno aumenta con la edad adulta, con mayor estabilidad en mujeres. No obstante, en esta investigación la muestra estuvo formada por personas de todas las edades. Este estudio evidenció que las diferencias observadas entre hombres y mujeres son más acusadas en función del grupo de edad al que pertenecen, siendo los hombres quienes muestran mayor dedicación a la realización del potencial personal en todas las etapas estudiadas.

A nivel internacional destacamos la investigación de Vanhoutte y Nazroo (2014) con datos de la tercera ola del *Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento (ELSA)*, en donde se observó una interrelación entre el género y la edad: los hombres tienden a tener un mayor nivel de bienestar que las mujeres, y el bienestar es menor en la cuarta edad que en la tercera. En este estudio, la cuarta edad se define como tener una limitación y ser mayor de 70 años, mientras que todos los que estaban jubilados y sin una limitación física son de la tercera edad. Si bien las diferencias son relativamente pequeñas en lo que respecta al bienestar eudaimónico o psicológico (utilizaron como medida el cuestionario de calidad de vida CASP), son significativamente más grandes en lo que respecta al bienestar afectivo y cognitivo (nivel de depresión y satisfacción con la vida). En la misma línea encontramos metanálisis de Pinquart y Sörensen (2001a) respecto a la Satisfacción con la vida, en donde además dichos autores observaron diferencias de género en este constructo en las cohorte más recientes de personas mayores que entre los más mayores, destacando entre las posibles causas que la satisfacción con la vida puede estar muy influenciada por las aspiraciones y expectativas personales. Es decir, que las generaciones más actuales de mujeres mayores pueden tener aspiraciones más altas que las mujeres mayores de generaciones más antiguas propiciadas por los cambios hacia sociedades más igualitarias, la mejora general de las condiciones de vida y de los movimientos feministas, pero que, sin embargo, estas expectativas vitales no pueden cumplirse tan fácilmente aún en la actualidad. Es posible que las mayores desventajas asociadas a edades más avanzadas hacen que sea cada vez más difícil para las mujeres mantener un bienestar subjetivo alto, porque las estadísticas muestran que ellas tienen un mayor riesgo de enviudar, de tener un nivel económico más bajo y de sufrir más problemas de salud y deficiencias en su funcionamiento físico, por lo tanto estas desigualdades sociales serían la principal causa de las diferencia de género en las personas mayores en su bienestar.

La ausencia de efectos de interacción en Satisfacción con la vida y Bienestar en este grupo de personas mayores, también es probable que se deban a las particularidades del perfil muestral analizado: personas con buena salud, con buen nivel educativo y económico, entre otras cosas. Recursos que por otro lado, facilitarían el logro de un envejecimiento exitoso, tanto a hombres como a mujeres. Ser mujer no solo puede asociarse con factores que aumentan el riesgo de un bienestar bajo, sino también con potenciales fuentes de bienestar. Por ejemplo, es posible que las mujeres como resultado de sus mayores responsabilidades domésticas y familiares a lo largo de todo su ciclo vital, perciban una mayor continuidad de roles que los hombres en el envejecimiento, y que las diferencias entre sexos en su satisfacción vital cuando éstas aparecen, radique más bien en predictores distintos para hombres y mujeres, ya que por ejemplo el nivel socioeconómico se relaciona más con la satisfacción y felicidad en los hombres que en las mujeres, pero en cambio la mayor integración social se relaciona más con la satisfacción y felicidad en las mujeres, tal y como varios estudios han mostrado (Meggiolaro & Ongaro, 2015). En este sentido, también sería de gran interés obtener muestras de personas mayores de estratos sociales o con historias de vida diferentes, y completar los análisis que hemos efectuado con técnicas de tipo cualitativo, como entrevistas en profundidad, para así poder comparar en qué medida tales diferencias pueden estar vinculadas a niveles de autoconcepto personal.

En relación a la hipótesis H3.4.1.3, los análisis multivariados tampoco han detectado efectos de interacción en el grupo de variables que evalúan aspectos de Salud. En este sentido, no hay evidencias suficientes para corroborar que la salud percibida, los síntomas depresivos y las conductas de autocuidado covarían según el sexo de las personas y la edad. Por lo tanto, dicha hipótesis no se ha cumplido, aunque se observaron efectos principales del factor Edad en la dimensión Autocuidado interno (las personas mayores de 65 años mayor nivel de Autocuidado interno), y del Sexo en Depresión y Autocuidado interno: las mujeres presentan mayores niveles de Autocuidado interno y Depresión. Pero no así, en la interacción de ambas.

Este resultado, no es consistente con recientes publicaciones que han concluido que existen desigualdades sociales en salud en las personas mayores de 65 años en España, que afectan principalmente a las mujeres y a personas con bajo nivel socioeconómico. En dichos estudios se confirma que las trayectorias de salud en la vejez pueden diferir significativamente entre los grupos de edad y de género debido a las variaciones en las cohortes de nacimiento y las etapas de la vida. Autores como Morcillo et al. (2014), tras una revisión sistemática de la

literatura sobre este tema concluyeron que en la salud percibida había claras diferencias de género en las personas mayores, pues las mujeres de edad avanzada presentan una peor salud percibida, pero mueren más tarde. Y además, encontraron que la salud percibida empeoraba con la edad, si bien en los más longevos y en aquellos con edades muy extremas había una mejoría del estado de salud que pudiera deberse a la distinta percepción de la salud percibida que existe entre generaciones o también a la disminución de las expectativas de encontrarse bien en esas edades. Otros autores también llegaron a los mismos resultados (Espelt et al., 2008; Jagger et al., 2011; Zunzunegui et al., 2009, 2006). En esta línea, Gorman y Read (2006) sugieren que para la salud percibida, es más probable que los hombres reporten una salud excelente a edades más tempranas, pero a medida que aumenta la edad esta brecha de género que las investigaciones reportan en relación a la salud percibida, se estreche. Porque la mayoría de las veces, las desigualdades en salud pueden explicarse por las desigualdades de clase social, es decir, por el nivel socioeconómico y el nivel educativo principalmente, siendo que estas desigualdades son mayores en las mujeres en muchas sociedades, especialmente en las menos desarrolladas y con menos igualdad de género donde los roles de género son más tradicionales.

Por otro lado, los resultados que hemos obtenido en relación a este tema son, en parte, congruentes con otras investigaciones como la de Liang et al. (2008), que mostraron que el nivel socioeconómico y el estado de salud previo mediaron parcialmente las variaciones de género y edad en los cambios del estado funcional, de modo que probablemente las diferencias de género en el estado funcional reflejan no solo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sino también las diferencias de privilegio y poder que conllevan las identidades de género.

Nuestros hallazgos complementan estudios previos al adoptar un enfoque de interseccionalidad que ayuda a comprender mejor las desigualdades en salud, aportando la visión de un grupo de personas mayores con un perfil exitoso en el desarrollo de su envejecimiento, siendo su principal aportación la de centrarse en los efectos de interacción del Sexo y la Edad en las trayectorias de salud percibida, dado que siguen existiendo vacíos significativos en el conocimiento sobre las diferencias de género existentes en la salud, y es posible que los efectos de la edad y de la cohorte se confundan.

Quizás entre los participantes de nuestro estudio no se han encontrado estos patrones que la literatura científica muestra porque son un grupo de personas mayores que gozan de buena

salud en general, y cuya media de edad es relativamente joven si la comparamos con otros estudios que han analizado estas variables. Ante todo, representan un grupo de personas mayores que destacan por su proceso de envejecimiento exitoso, activos, saludables y fuertemente motivados, con más probabilidades de participar en actividades productivas en comparación con los miembros de otras cohortes de mayor edad o estratos sociales. Muchos de ellos, además, son un grupo de personas con un buen nivel educativo y económico, que como se ha visto son las principales causas o predictores de las desigualdades de género en salud percibida en población mayor cuando estas aparecen. De hecho, las cohortes de mujeres más jóvenes se desempeñan mejor que las cohortes de mayor edad en términos de logros educativos, situación laboral y división del trabajo doméstico, y las grandes brechas de género que alguna vez existieron han disminuido o están desapareciendo por completo. No obstante, todavía la brecha de género en salud está lejos de ser borrada incluso para las cohortes más jóvenes.

Como ya hemos explicado, el sexo es un determinante clave en el nivel de sintomatología depresiva en las personas mayores, y las mujeres revelan generalmente mayor depresión que los hombres. En nuestros datos, no se ha observado un efecto de interseccionalidad entre la Edad y el Sexo en esta variable, por lo tanto es consistente con la investigación longitudinal sobre envejecimiento de Baltimore realizada por Sutin et al. (2013), donde se examina la trayectoria de los síntomas depresivos a lo largo de la vida para probar si esta trayectoria varía según los factores demográficos como el sexo, la etnia o el nivel educativo. Estos autores concluyeron que los síntomas depresivos eran más altos en la edad adulta joven, disminuyeron durante la adultez media y volvieron a aumentar en la edad adulta mayor, es decir, siguen un patrón en forma de “U”. Y que, en general, las mujeres reportaron un efecto más deprimido a edades más tempranas, pero una interacción con la edad sugirió que esta brecha desaparece en la vejez. La convergencia entre hombres y mujeres en la edad avanzada se debió principalmente a un aumento más pronunciado de los síntomas depresivos reportados por los hombres a partir de los 60 años.

Así, nuestros datos aportan evidencia empírica sobre este aspecto, es decir, que las mujeres a lo largo del ciclo vital manifiestan mayor depresión a edades más tempranas, pero que a medida que se envejece desaparece esta tendencia y se igualan más con los hombres. Y es posible que esta reducción de las diferencias de sexo con la edad esté motivada por los cambios de roles más profundos y cambios en las identidades de género que experimentan los

hombres en esta etapa vital y que reflejan las experiencias vitales de la actual generación de personas mayores tal y como apuntan ciertas investigaciones (Pachana et al., 2012; Vafaei et al., 2014, 2016). También es posible que la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la depresión en edades más tempranas esté relacionada con las desigualdades sociales asociadas al género, en cuanto al nivel educativo, económico y el estado de salud, y que históricamente las mujeres han vivido, pero que con las medidas y políticas en materia de igualdad de género que se están implantando en muchas sociedades en los últimos años, es probable que esta brecha de género poco a poco se irá reduciendo, puesto tal y como varios expertos sugieren, estas diferencias entre sexos se relacionan mucho con el acceso diferencial a los recursos (Tesch-Römer et al., 2008).

No se han encontrado estudios que analicen los efectos de interacción entre la Edad y el Sexo en relación al Autocuidado, pero básicamente nuestro estudio muestra que no existe interrelación entre estos factores, al menos en esta muestra de personas mayores. Sin embargo, se han encontrado efectos principales de la edad y el sexo, en la dimensión de autocuidado interno: tanto las personas mayores de 65 años como las mujeres realizan más comportamientos orientados a mantener y equilibrar las emociones o los pensamientos para así autorregular mejor las reacciones emocionales, los estados anímicos o sentimientos y obtener una mayor capacidad para poder afrontar las demandas y obligaciones cotidianas. Es decir, conductas que son clave en el envejecimiento positivo, al privilegiar los pensamientos positivos (de autoconfianza, esperanza, optimismo) que les ayuda a afrontar el envejecimiento de la mejor manera posible.

En último lugar, dado que los sentimientos de soledad puede estar influenciados por los acontecimientos y experiencias vividos a lo largo de toda la vida (como por ejemplo las carencias económicas, los problemas de salud, las pérdidas sociales, la viudez, etc.), y que además, algunos eventos y experiencias vitales influyen en la soledad de los hombres y mujeres de manera diferente, junto con que los predictores de la soledad difieren en función de la edad o etapa vital (Nicolaisen & Thorsen, 2014), nos planteamos en la H3.4.1.4 que se encontrarían efectos de interacción entre el Sexo y la Edad en la sensación de Soledad y Aislamiento social, pero finalmente dicha hipótesis no se ha cumplido, pues no se interrelacionan entre sí, no obstante se observaron efectos principales únicamente del Sexo en el factor aislamiento de la escala UCLA, pero con un tamaño del efecto prácticamente

insignificante: las mujeres informaron de mayores sentimientos de soledad por aislamiento social.

Por lo tanto, este resultado obtenido no es congruente con la reciente investigación de Vozikaki, Papadaki, Linardakis y Philalithis (2018) usando una muestra representativa de 5074 europeos de 65 años o más que se extrajeron de la primera ola de la *Encuesta sobre salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE). Estos autores demostraron que los sentimientos subjetivos de soledad se asociaron con: el sexo femenino, la edad avanzada, el nivel socioeconómico más bajo, vivir sin pareja, no tener hijos y no participar en actividades. Ni tampoco es consistente con uno de los pocos estudios longitudinales que hay sobre la soledad llevado a cabo por investigadores como Dahlberg et al. (2015), cuyo fin fue el de identificar predictores de soledad en una muestra representativa de mujeres y hombres mayores suecos, considerando los cambios de la soledad en el tiempo, es decir, entre los años 2004-2011. En primer lugar, encontraron un aumento de la soledad con la edad, pero respecto a esto, comprobaron que la experiencia de la soledad no es estable, es decir, puede aumentar o disminuir a lo largo del tiempo (Victor & Bowling, 2012). También identificaron una mayor proporción de mujeres que de hombres que reportaron soledad, hallazgo que se hace eco también en investigaciones anteriores, pero en este estudio mencionado, el género no fue un predictor significativo de la soledad al controlar otros factores tales como la viudez, y sugirieron además que las mujeres tienen más probabilidades de admitir los sentimientos de soledad ya que es más aceptable para ellas. Pero el hallazgo más significativo de esta investigación de Dahlberg et al. (2015) antes mencionada, fue revelar diferencias y mostrar que hay predictores compartidos y a la vez diferentes para la soledad en las mujeres y para la soledad en los hombres mayores. Así, ser viuda, la depresión, la reducción y los problemas de movilidad predijeron la soledad únicamente en el modelo para mujeres; mientras que la reducción y el bajo nivel de contactos sociales predijeron la soledad únicamente en el modelo para hombres. Posteriormente, Dahlberg et al. (2018) indicaron que los correlatos sociales y de salud estaban más fuertemente asociados con la soledad que los correlatos sociodemográficos como puede ser el género. Especialmente la angustia psicológica o malestar mental y la viudedad estaban más fuertemente asociados con los sentimientos de soledad.

Entre las posibles explicaciones de la ausencia de interacción entre el Sexo y la Edad en Soledad y Aislamiento social entre los participantes de este estudio, estaría por un lado, el

hecho de que se trata de una muestra de personas mayores que no es representativa de la población general de personas mayores, difiere en el perfil típico, pues es un grupo de personas mayores envejecientes exitosos, y por lo tanto con niveles bajos de sentimientos de soledad. Además más del 70% de la muestra estaba casada, y el estado civil sí que es un importante predictor de la soledad entre las personas mayores, especialmente la viudedad, como ha revelado la literatura científica sobre este tema. Además, los estudios empíricos también muestran que un nivel educativo más bajo entre las personas aumenta el riesgo de soledad, en parte debido a la menor posibilidad de participación social y a redes sociales más pequeñas. Y este no es el caso de esta muestra de personas mayores, pues todos ellos participan en un programa universitario para mayores, y la mayoría de ellos cuentan con buen nivel educativo, sobre todo si los comparamos con otros grupos de personas mayores, socialmente más desfavorecidos a consecuencia de las circunstancias vitales que han tenido que vivir muchas personas mayores de esta generación, pues muchos de ellos han nacido en la posguerra, una etapa marcada por importantes carencias económicas, educativas y desigualdades laborales entre sexos y con roles de género más tradicionales entre los mayores.

#### 10.4.2. Interacción del Sexo con el Estado Civil

##### **Objetivo específico propuesto:**

OE3.4.2. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el Estado Civil y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

##### **Hipótesis planteadas:**

H3.4.2.1. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Recursos Sociales.

H3.4.2.2. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.2.3. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Salud.

H3.4.2.4. Se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en Soledad y Aislamiento social.

Respecto a este conjunto de hipótesis, en primer lugar hay que indicar que a nivel multivariado no se han encontrado tampoco efectos de interacción de primer orden entre el

Estado Civil y el Sexo en los indicadores de envejecimiento con éxito evaluados. Por lo tanto, ninguna de las hipótesis planteadas se ha podido confirmar totalmente. A pesar de ello, posteriormente, se efectuaron análisis adicionales con el fin de determinar si la combinación de ambos factores mostraba efectos de interacción en las variables dependientes cuando eran analizadas individualmente. Estos análisis en cambio, sí que detectaron patrones de interrelación significativos entre el Sexo y el Estado Civil en algunas variables dependientes como Red social, Satisfacción con la vida presente y Autocuidado social. Las comparaciones post-hoc mostraron en relación a la Red social que las mujeres que no estaban casadas percibían una mayor su Red social que los hombres no casados, a su vez también las mujeres casadas percibían una Red social mayor que los hombres casados y por otra parte que la Red social de los hombres casados era mayor que la de los hombres que no estaban casados. En cuanto a la Satisfacción con la vida presente, las diferencias significativas se dieron en que los hombres casados y con una pareja sentimental estable, tenían un mayor nivel de Satisfacción vital en el momento presente que las mujeres casadas, y que en cambio, para los que no estaban casados sucedía todo lo contrario, es decir reportaron un menor nivel de satisfacción con la vida. Y con respecto al Autocuidado social, los hombres casados informaron de mayor Autocuidado social, mientras que los no casados menor Autocuidado social.

Los motivos por los cuales no se han detectado efectos de interacción de primer orden pueden ser variados, en primer lugar, porque no haya efectos de interrelación en realidad, y en segundo lugar, porque quizás no hay el número suficiente de casos en cada categoría o combinación de las variables y por lo tanto no alcanzar la suficiente potencia estadística para poder detectar las diferencias en caso de haberlas.

En un principio, esperábamos encontrar un efecto de interacción del Sexo y el Estado Civil en el conjunto de variables que evalúan los Recursos Sociales (H3.4.2.1), pero en nuestra muestra de personas mayores no se han hallado indicios suficientes para afirmar este supuesto, es decir no hay un efecto de interrelación conjunto. Aunque se observaron efectos simples significativos del factor Sexo en Red social y la dimensión de apoyo social confidencial: las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en Red Social y Apoyo social confidencial. Si bien, como ya hemos comentado, tras los análisis univariados, sí que se encontró que ambas variables independientes se interrelacionaban en la escala Lubben que medía el tamaño de la Red social y el nivel de integración social: tanto las mujeres casadas como las que no lo estaban, percibieron un mayor tamaño de red social que los hombres

casados y los no casados, y también por otra, que entre los hombres, los casados informaron de una Red social mayor y percibieron que estaban más integrados socialmente que aquellos que no tenían una pareja sentimental, es decir, solteros, divorciados y viudos.

Este resultado se contradice con un gran número de publicaciones sobre este tema que sugieren que las diferencias entre hombres y mujeres mayores con respecto a las interacciones sociales y redes sociales a menudo son consecuencia de diferencias en el estado civil y en las formas de vida (si viven solos o no) en lugar de las diferencias de género per se. Del Bono et al. (2007), usando una muestra de personas mayores de 65 años en Gran Bretaña, encontraron que los hombres mayores solteros y los hombres divorciados o separados, sufren desproporcionadamente de mayores sentimientos de aislamiento social y de soledad en la vejez que las mujeres en la misma situación. En otras palabras, las diferencias de género se revelan mucho más fuertemente dentro de categorías específicas de estado civil, para indicar que eventos tales como el divorcio o la separación o la viudez, tenían un impacto más perturbador en los hombres que en las mujeres. En esta línea, también en investigaciones realizadas en Holanda han descubierto algo similar, que las mujeres pueden adaptarse mejor a transiciones vitales y a cambios en su estado civil, como la viudez, que los hombres, porque al tener y percibir más apoyo social en otros vínculos sociales, pueden superar la depresión que conlleva esta situación más fácilmente a lo largo del tiempo, pues éstas generalmente tienen mayores redes y contactos sociales más frecuentes que los hombres (Perrig-Chiello et al., 2016).

En parte, el resultado obtenido en nuestro estudio con respecto a las redes sociales en concreto, muestra resultados similares con la investigación longitudinal australiana de McLaughlin et al. (2010), en la cual las mujeres mayores informaron de redes significativamente más grandes que los hombres. Pero que sin embargo, el estado civil, en particular el estar viudo, separado, divorciado o soltero, tuvo un impacto significativamente mayor en las redes sociales de los hombres. También, Polizzi y Arias (2014) investigaron las redes de apoyo social en las personas mayores y cómo éstas influyen en su bienestar, observando diferencias estadísticamente significativas según género y estado civil en la elección del vínculo que brinda mayor satisfacción, en concreto hallaron que los hombres eligen más a sus parejas como principales proveedores de apoyo social en comparación con las mujeres, y que éstas incluyen más a otros familiares como nietos, hermanas, cuñadas o nueras, entre otros, como proveedores también de apoyo social. En la misma línea, Arias et al.

(2015) mostraron que, si bien ambos géneros presentan buenos recursos de apoyo, las mujeres no solo muestran redes de mayor tamaño, sino que además, disponen en promedio de mayor cantidad de relaciones que les brindan compañía social, apoyo emocional y práctico. Estos hallazgos permiten pensar que las mujeres, al contar con redes más diversas y de mayor tamaño, disponen posiblemente de mayores recursos de apoyo social que los hombres para afrontar los cambios que puedan aparecer en esta etapa de la vida, como por ejemplo la viudedad.

Es posible que el apoyo social fuera de la relación conyugal pueda ser más importante para las mujeres que para los hombres. Según Cornwell (2011), las mujeres mayores son más propensas que los hombres mayores a tener un potencial de puente en sus redes, tanto entre los contactos familiares como los no familiares. Estas diferencias de género aumentan con la edad. Las mujeres mayores también tienen más probabilidades de tener miembros de la red que no estén conectados o monopolizados por su cónyuge o pareja. Estas diferencias de género, pero no todas, se deben al hecho de que las mujeres mayores tienen redes sociales más grandes y mantienen más vínculos con personas fuera del hogar como ya hemos dicho (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003).

Una posible explicación de estas diferencias en la red social entre hombres y mujeres según estén casados o no, es que tal y como muchas investigaciones sugieren sobre la influencia que tiene el estado civil en el bienestar integral de las personas mayores, el matrimonio beneficia o influye más en el bienestar en los hombres que en las mujeres (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004). Y si bien la viudedad está más extendida entre las mujeres (Abellán et al., 2019, 2018), parece ser que su efecto es menos negativo para ellas, debido, entre otras cosas, a que son más capaces de establecer lazos cercanos con otras personas, en especial con otras mujeres mayores, y que además mantienen un alto apoyo por parte de los hijos. Por otra parte, en el caso de los hombres, es el cónyuge o su pareja la que generalmente es el mayor proveedor de apoyo en la vejez, de manera que una vez que han enviudado es menos probable que compensen la pérdida estableciendo nuevas relaciones con otras personas. Los estudios sobre las diferencias de sexo/género en cómo experimentan la vejez las personas mayores, muestran que ésta se asocia con problemas específicos que dependen del contexto socio-histórico, pues dependiendo de las cohortes analizadas los resultados varían. Es decir, que quizás la existencia de condicionantes familiares y culturales relacionados con mandatos y roles de género, asignados de manera diferencial a los hombres

y las mujeres según las cohortes de nacimiento, influyan en esta experiencia vital. Por ejemplo, en la actual generación de personas mayores todavía están vigentes roles tradicionales respecto al género, es decir, mientras las mujeres han estado más dedicadas a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos en el ámbito privado-doméstico, en los hombres la actividad laboral ha sido más central. Esta situación ha brindado a las mujeres la oportunidad de desarrollar roles más variados y en espacios más diversos que además son más factibles de ser continuados en la vejez. Por el contrario, en los hombres, la jubilación produce un cambio de roles más marcados y dificulta la continuidad de ciertos vínculos. Quizás esta misma situación proporcione más herramientas a las mujeres, independientemente de si están casadas o no para explorar nuevos espacios de socialización en la vejez y construir nuevos vínculos (Arias et al., 2015).

Nuestros participantes son personas mayores cuya principal singularidad es que son alumnos y asisten a programas universitarios para mayores, estando la mayoría de ellos casados en la actualidad (el 70%). Diversos estudios realizados sobre el impacto de la participación de los adultos mayores en espacios educativos, describen cambios positivos en sus interacciones sociales, pues el aprendizaje a lo largo de la vida facilita el establecimiento de nuevos contactos sociales y permiten ampliar las redes sociales para ambos géneros. Los teóricos argumentan que estar incrustado en una red social es un factor protector porque le otorga roles significativos a las personas; éstos, a su vez, generan autoestima y un sentido de propósito en la vida. Por el contrario, la ausencia de vínculos estrechos y el reconocimiento del valor causan soledad emocional y depresión (Thoits, 1983; Uchino, 2004). En el presente estudio, la mayoría de los hombres y mujeres mayores estaban casados, mientras que había muy poca representación muestral de hombres solteros, viudos o divorciados, con lo cual éste pueda ser uno de los motivos por los que no se han detectado efectos de interacción en los Recursos Sociales a nivel global, junto con la particularidad de que se trata de un grupo de personas mayores activas, participativas y con amplios recursos sociales de apoyo, sobre todo si los comparamos con la población general de personas mayores.

Estos mismos argumentos servirían para justificar también la ausencia de efectos de interacción de primer orden entre el Sexo y el Estado Civil en cuanto a la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico analizados conjuntamente, tal y como habíamos planteado en la H3.4.2.2. No obstante, a nivel univariado, es decir, cuando examinamos la posible existencia de efectos de interacción en cada una de las variables dependientes por separado, se

comprobaron efectos significativos de interacción del Sexo y el Estado Civil en la dimensión presente de la Satisfacción con la vida. Aunque la magnitud del efecto fue bastante pequeña. En este caso, las comparaciones post-hoc mostraron que los hombres que no estaban casados presentaron niveles inferiores de satisfacción vital que los casados en el momento actual y viceversa. Como ya hemos comentado, es probable que dado que la gran mayoría de los participantes estaban casados y eran mujeres, quizás este hecho hubiera propiciado la existencia de pocos casos en la categoría de hombres no casados (separados, divorciados, solteros o viudos), con lo cual esta infrarrepresentación muestral es una característica que ha condicionado los resultados obtenidos.

Según la literatura que analiza estos aspectos sobre la satisfacción con la vida en las personas mayores, por lo que se refiere a la interacción entre el Estado Civil y el género, se observa cómo en ambos grupos, mujeres y hombres, el estar casado parece ser una variable determinante para una elevada satisfacción vital (Boerner, Jopp, Carr, Sosinsky, & Kim, 2014), aunque en una gran mayoría de estudios las mujeres suelen calificar sus matrimonios de manera menos favorable que los hombres (Jackson, Miller, Oka, & Henry, 2014) reportando una menor felicidad conyugal e interacción marital (Bulanda, 2011). Por otra parte, hemos de tener en cuenta que según indican Meléndez, Tomás y Navarro (2007), la presencia del cónyuge es fundamental en la vejez por ser uno de los principales dadores de apoyo junto a los hijos, de ahí podría derivarse que las personas casadas tengan una mayor percepción de satisfacción vital en general.

El dato obtenido respecto a los hombres casados participantes en nuestra investigación (los cuales manifiestan mayor satisfacción vital presente que aquellos que no lo están), se contradice con la investigación de Meléndez et al. (2009), donde se observó una interacción entre el estado civil y el género en satisfacción vital, pero en otra línea diferente a la que hemos encontrado en nuestro estudio: mientras para los casados y los viudos el nivel de satisfacción de hombre y mujeres era muy similar, en el caso de otros (solteros y divorciados o separados) las mujeres presentaban una satisfacción mucho menor que los hombres. Resultado que dista del obtenido por nuestro estudio, dado que los hombres no casados informaron de menores niveles de satisfacción con la vida que las mujeres no casadas.

En cambio, es congruente con ciertas investigaciones como la llevada a cabo por Oshio (2012) con datos del *Estudio Japonés sobre el Envejecimiento y la Jubilación* (JSTAR). En esta investigación se encontró que los hombres están menos satisfechos con su vida cuando

viven sin su cónyuge, aunque es difícil generalizar este resultado a nuestro contexto cultural, pues se trata de un estudio realizado en Japón, una nación caracterizada por ser una sociedad con una elevada asimetría de género y entornos familiares multigeneracionales.

También podemos relacionar este resultado con las investigaciones de Berg et al. (2006, 2009) en las cuales tampoco hallaron diferencias de género en la satisfacción con la vida en general. Sin embargo, hubo diferentes patrones de variables asociadas con la satisfacción con la vida en hombres y mujeres. La salud y los síntomas depresivos se relacionaron con la satisfacción con la vida en las mujeres, mientras que el estado civil y en particular ser viudo, se asoció significativamente con una menor satisfacción con la vida entre los hombres. Cheng y Chan (2006) también analizaron los predictores de la satisfacción con la vida en una muestra de mayores chinos. En ese trabajo encontraron diferentes efectos de las relaciones interpersonales sobre la satisfacción vital, teniendo éstas un efecto directo positivo sobre la satisfacción con la vida en el caso de las mujeres, pero en el caso de los hombres sólo lo tenían para los casados.

España, como país mediterráneo, se asume que otorga especial importancia al papel desempeñado por la familia y su influencia en la satisfacción con la vida. Y entre las personas mayores la literatura confirma que los hombres y mujeres de edad avanzada tienen diferentes fuentes de satisfacción. En este sentido, las diferencias de sexo en satisfacción con la vida, están mediadas por otras variables contextuales, siendo el estado civil más determinante para los hombres en sus niveles de bienestar y de satisfacción (Berg et al., 2006; Pinguart & Sorensen, 2000).

En esta línea Meggiolaro (2013) y Meggiolaro y Ongaro (2015), hallaron leves diferencias de género en relación a la satisfacción con la vida en las personas mayores que viven solas, sin pareja. En este estudio en concreto, las mujeres obtuvieron niveles menores de satisfacción vital que los hombres si viven con la pareja y dichos autores sugieren que esto es debido al trabajo doméstico no remunerado adicional vinculado a los roles de género tradicionales que todavía están muy presentes en esta generación de personas mayores. Estos autores concluyeron además, que probablemente los cambios en las perspectivas tradicionales sobre los roles de género que se han ido instaurando en la sociedad paulatinamente, pueden significar que menos mujeres pertenecientes a cohortes más jóvenes se sientan estresadas por estos roles tradicionales y por lo tanto el estado civil y la convivencia en pareja será menos determinante en los niveles de satisfacción experimentados para ellas cuando están casadas.

Con respecto a las personas mayores que han participado en esta investigación, no podemos justificar empíricamente el hecho de que el Estado Civil no interacciona con el Sexo influyendo en los niveles de Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico globalmente. Especulamos que las personas mayores pertenecientes a cohortes más recientes, la actual generación de *baby boomers*, participan cada vez más en actividades, son más activas, y llevan estilos de vida más comprometidos socialmente, lo que implica la mayor participación en actividades sociales y en actividades de ocio diversas que también les reporta también bienestar, con lo cual su vida familiar y de pareja, aunque importante, no es el único factor clave para sentirse satisfechos. Resultado que puede ser causado por el efecto del proceso de individualización generalizado que se está produciendo cada vez más en las sociedades modernas en las últimas décadas y que ha propiciado, entre otras cosas, cambios en las estructuras familiares, que por supuesto también afectan a las personas mayores y sobre todo en los valores que sustentan, es decir, personas cada vez más independientes. Los cambios demográficos y sociales han transformado lentamente el envejecimiento de la población. Ahora, la combinación del aumento de la longevidad, la extensa generación de “*baby boomers*”, junta con la baja valoración social del matrimonio y el aumento del divorcio, el tener menos hijos y la mayor movilidad familiar, así como la progresiva transformación de los roles de género junto con las expectativas asociadas a él en relación al estado conyugal, determinan niveles de satisfacción vital más flexibles en hombres y mujeres mayores, pero con matizaciones menos rígidas respecto a cómo influía en generaciones más antiguas de personas mayores.

En tercer lugar, en cuanto a la H3.4.2.3, tampoco se ha cumplido, no observándose por tanto, efectos multivaridos de interacción significativos entre el Sexo y el Estado Civil en el grupo de variables que miden la Salud. Tan solo se ha detectado una interrelación de ambos factores en la dimensión de Autocuidado social cuando se ha examinado esta condición en las variables dependientes por separado.

Muchos estudios confirman que básicamente, el Estado Civil es un predictor sólido de los resultados de salud en las poblaciones occidentales. Investigaciones anteriores han demostrado los beneficios para la salud del matrimonio para ambos sexos. De modo que el resultado que hemos obtenido no es consistente con la investigación empírica que existe sobre el tema, y que ha mostrado reiteradamente que, en general, las personas casadas experimentan una gama de beneficios para la salud física y mental tales como una mayor funcionalidad,

salud percibida y mayor longevidad en comparación con las personas no casadas (Carr & Springer, 2010; Hughes & Waite, 2009; Lee & DeMaris, 2007; Manzoli et al., 2007; Moon et al., 2011). Además, gran parte de la investigación sobre el estado Civil y su relación con la salud en las personas mayores se ha llevado a cabo en países desarrollados y con elevados ingresos, en donde la investigación se ha focalizado especialmente en examinar las diferencias de género en relación al estado conyugal, sobre todo a la relación entre la viudez y la salud exclusivamente, encontrado evidencia empírica de los peores niveles de salud para los hombres que están viudos, hallazgos que se atribuyen a la pérdida de la esposa como fuente principal de apoyo social y psicológico (Perkins et al., 2016; Williams & Umberson, 2004). Por otra parte, también los efectos interacción entre el estado civil y el sexo en las personas mayores se ha estudiado en relación a la sintomatología depresiva principalmente, encontrándose que los hombres se benefician más de estar casados y vivir en pareja (Rosset et al., 2011). Incluso, también en ciertos estudios como el de Jang et al. (2009), resaltan el aumento de los síntomas depresivos con la edad entre aquellas mujeres que están casadas. Mientras que para los hombres las tasas más altas de síntomas depresivos son para los divorciados y viudos y menos para los hombres casados (Jadhav & Weir, 2017). Podemos sugerir que en general, la literatura muestra que hay un mayor número de mujeres casadas que están insatisfechas y presentan más síntomas depresivos que los hombres. Apuntando a que la combinación de factores estresantes socioeconómicos y la presión para cumplir con los roles de género tradicionales asociados al matrimonio, pueden exacerbar los síntomas depresivos femeninos. En las sociedades donde aún predominan los valores patriarcales, en el seno de la familia, tradicionalmente las esposas han sido y son la principal fuente de apoyo para los varones. Las mujeres, en cambio, tienden a tener redes sociales más amplias, lo que las aventaja ante la pérdida de la pareja en la incidencia de la depresión (Escobar-Bravo et al., 2013), si bien, puede no estar relacionado únicamente con el vínculo matrimonial; las diferencias en los roles domésticos junto con las normas patriarcales entre hombres y mujeres también pueden ser importantes y siguen presentes en las relaciones desiguales entre sexos sobre todo en los niveles de depresión.

En resumen, la literatura indica, en general, que el matrimonio puede ofrecer beneficios económicos, sociales y psicológicos que pueden promover la buena salud para ambos sexos, porque estos mecanismos pueden incluir el acceso a suficientes recursos económicos, el control social de los comportamientos por parte del cónyuge o un sentido de apoyo social dentro de la relación matrimonial. En segundo lugar, las tensiones de la disolución

matrimonial, ya sea por viudedad, divorcio, etc., socavan la salud autoevaluada de los hombres pero no de las mujeres (Williams & Umberson, 2004). Como ya hemos explicado, se sabe, por ejemplo, que la viudez puede afectar de manera diferente a hombres y mujeres según el contexto debido a las diferencias en las normas de género y las tradiciones matrimoniales. Por ejemplo, en algunos contextos o sociedades donde predominan valores patriarcales muy arraigados, y en donde los roles y responsabilidades difieren según el género, quedarse viuda/o puede llevar a una mayor tensión financiera para las mujeres, mientras que puede llevar a una mayor tensión en el hogar o en el ámbito doméstico para los hombres. En lugares donde las normas patriarcales son dominantes en la vida cotidiana (particularmente en patrones de comportamiento relacionados con oportunidades económicas, actividades sociales, tradiciones matrimoniales, etc.), la viudedad puede restringir severamente la capacidad de un individuo para acceder a recursos financieros, afectivos, informativos o físicos (Perkins et al., 2016).

Es posible que dado que la mayoría de nuestros participantes estaban casados y la mayoría eran mujeres (el 68%), habiendo una muy baja representación de hombres en las categorías de viudos, solteros o divorciados, no se hayan encontrado estas relaciones que la literatura revela en cuanto al estado conyugal y la salud (salud percibida, depresión, principalmente). A pesar de ellos, si que hemos observado un efecto de interacción significativo entre el Sexo y el Estado Civil en las conductas de Autocuidado, como ya hemos señalado anteriormente: los hombres casados realizan más comportamientos relacionados con el Autocuidado social que el resto de grupos. No se han encontrado estudios que evalúen estos aspectos, pero podríamos relacionar este resultado con aquellas investigaciones que sugieren que el matrimonio para los hombres es un recurso y una fuente importante de apoyo que les facilita y alienta la asunción de conductas para promover su autocuidado, en especial, para mantener y establecer relaciones sociales fuera de su vínculo familiar, posiblemente porque sus esposas sean un puente o el vehículo para el establecimiento de nuevas redes sociales que a su vez, les pueda brindar un mayor apoyo social. Y es posible que esa ventaja en Autocuidado social entre los hombres casados, exista porque están más dispuestos a recibir las sugerencias de su esposa en temas relacionados con su cuidado personal, como no fumar ni beber, tener una dieta saludable y ser disciplinados. Es decir, con aquellas actividades relacionadas con el Autocuidado personal y la Salud. Los roles tradicionales femeninos, que atribuyen a las mujeres el cuidado cotidiano de los miembros del hogar, y los roles masculinos, que asignan a los hombres el papel de proveedor, se hallan en la base del

desequilibrio en la asignación de las tareas de cuidado. Además, estudios como el de Dahlberg y McKee (2014) muestran que los hombres son más propensos que las mujeres a experimentar soledad social. La soledad social se refiere a la ausencia de una red social aceptable, es decir, un círculo más amplio de amigos o conocidos que pueda proporcionar un sentido de pertenencia, de compañía y de ser miembro de una comunidad. Esta soledad social es más frecuente en personas que tienen poco contacto con la familia, poco contacto con amigos, baja actividad social y baja percepción de integración en la comunidad. En este sentido, es posible que los hombres casados se sientan más integrados socialmente y promuevan en mayor medida actitudes y conductas para mejorar sus relaciones sociales.

Finalmente, en relación a la Soledad (H3.4.2.3), tampoco se han registrado efectos significativos de interacción entre el Estado Civil y el Sexo en los análisis multivariados ni tampoco univariados en este grupo de personas mayores. Según Dahlberg et al. (2018), entre los predictores más relevantes en los sentimientos de soledad se encuentra la viudedad, la depresión, los problemas de movilidad y la reducción de la movilidad en las mujeres; mientras que el bajo nivel de contactos sociales y la reducción de contactos sociales predijeron la soledad únicamente en los hombres (Dahlberg et al., 2015).

La soledad no es simplemente una experiencia desagradable, sino que también es perjudicial para la salud y el bienestar de las personas mayores, si bien el matrimonio protege contra la soledad como ya hemos visto. Quizás la ausencia de interacción en nuestra muestra, sea debida principalmente porque en la categoría social de personas mayores “viudas, solteras o divorcidas”, había muy poca representación muestral tanto de hombres como de mujeres, pues como ya hemos indicado, la mayor parte de los participantes estaban casados, y además como tenían una media de edad bastante joven (63 años aproximadamente), no habían perdido a sus parejas todavía, circunstancia que es más probable que ocurra en las mujeres mayores según señalan las estadísticas. Es decir, no es un grupo especialmente vulnerable. Además, se trata de un conjunto de personas mayores que presentan unas características diferenciales del resto de la población general de personas mayores, entre ellas, la de envejecer exitosamente, con buena salud general y niveles bajos de sintomatología depresiva y de soledad, lo que les permite mantener una alta participación social que favorece a su vez, sus interacciones sociales, el establecimiento de contactos sociales y la percepción de apoyo social, redundando en menos sentimientos de soledad.

### 10.4.3. Interacción del Sexo con la Situación Laboral

**Objetivo específico:**

OE3.4.3. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y la Situación Laboral y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

**Hipótesis propuestas:**

H3.4.3.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Recursos sociales.

H3.4.3.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.3.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Salud.

H3.4.3.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en Soledad y Aislamiento social.

Para comprobar si el estado laboral interacciona con el Sexo y a su vez este supuesto influenciaba en los indicadores de envejecimiento exitoso, los análisis multivariados efectuados han determinado que todas las hipótesis formuladas se han cumplido. De modo que podemos corroborar que en particular, en esta muestra de personas mayores, su situación laboral actual, independientemente de ser hombres o mujeres, no afecta a los Recursos Sociales, ni al Bienestar y Satisfacción vital, ni a la Salud ni tampoco a la Soledad o Aislamiento social. A pesar de ello, hay que indicar que, en cuanto a los Recursos Sociales (H3.4.3.1), tras los análisis de continuación del supuesto de interacción, se observó una significación marginal que consideramos relevante resaltar, si bien la magnitud del efecto es bastante pequeña. Cuando se han analizado individualmente cada variable por separado para profundizar y detectar patrones univariados en esta relación, se descubrió que en el indicador Red Social hay un efecto de interacción entre la Situación laboral y el Sexo, es decir, las mujeres que trabajaban percibían mayor Red Social que los hombres que trabajaban y que los hombres que se dedican a las tareas domésticas percibían un mayor tamaño de su Red social que las mujeres que también eran amas de casa.

No se han encontrado investigaciones en el ámbito nacional que analicen y justifiquen estos resultados en población mayor, por lo tanto la interpretación de estos resultados son especulativas.

Por ejemplo, en la investigación longitudinal japonesa de Fujiwara et al. (2016) cuyo fin fue examinar si la participación en un trabajo remunerado era un predictor de buena salud funcional entre las personas mayores japoneses, no es coherente con nuestros resultados. En primer lugar, porque hallaron que las personas mayores que no trabajaban y que por lo tanto estaban ya jubiladas, tenían más dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, más riesgo de discapacidad y peor salud. Pero esta relación sólo era viable para los hombres. Concluyeron que trabajar en la sociedad japonesa convencional, puede proteger y prevenir la discapacidad y la mala salud sólo para los hombres, pero no para las mujeres, y que el trabajo sería una solución efectiva para que los hombres mayores participaran en actividades sociales. Otros autores como Tomioka, Kurumatani y Hosoi (2018) investigaron si continuar trabajando en las personas de edad avanzada japonesas era beneficioso o dañino para la salud. Estos autores también llegaron a similares conclusiones, es decir, que en esta cultura (japonesa) los efectos beneficiosos de trabajar en el envejecimiento varían según el sexo y el tipo de resultados de salud. También en contexto asiático, y en esta misma línea, destaca la investigación de Tan et al. (2017), que examina la relación entre la situación laboral de los ancianos de Singapur y los indicadores de bienestar, si bien no informan sobre las diferencias entre sexos. Dichos autores mostraron que las personas mayores que tenían un trabajo remunerado, tenían niveles significativamente más altos de actividad física, redes sociales más extensas, mejor función cognitiva, menos discapacidad y menor riesgo de demencia que los jubilados y amas de casa. Los trabajadores remunerados tenían menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas que los jubilados y calificaron su salud como mejor que los jubilados y los desempleados.

Por otro lado, en un estudio longitudinal realizado en Jerusalén, en cambio, estos efectos beneficiosos que supuestamente implica el seguir activos y trabajando en las personas mayores en edad de jubilación, no apoyan estas sutiles diferencias entre géneros encontradas en investigaciones japonesas (Hammerman-Rozenberg et al., 2005), de modo que el trabajar en estas edades se correlacionó con una mejor salud percibida y una mayor independencia funcional tanto para mujeres como para hombres. Por lo tanto, este resultado es más coherente con nuestros resultados, dado que tampoco se han hallado diferencias entre sexos en cuanto a

su situación laboral en los indicadores de bienestar y envejecimiento positivo que hemos seleccionado para realizar esta tesis.

Algunos estudios hablan de cómo las condiciones de trabajo afectan la salud y cómo difiere su distribución por género (Ruiz-Cantero et al., 2007). Las experiencias socioeconómicas diferenciales de hombres y mujeres en la participación laboral y la independencia financiera, contribuyen a mediar la relación entre género y estado de salud en las personas mayores (Plouffe, 2003) y como consecuencia de ello, las mujeres mayores son más propensas a envejecer en la pobreza que los hombres, a vivir solas y con recursos inadecuados y a depender de servicios sanitarios y sociales. Además de las diferencias de género en el mercado laboral, también hay diferencias en los roles sociales y actividades. En el modelo familiar tradicional, la esfera productiva (profesional, política, intelectual y cultural) estaba reservada para los hombres y la esfera reproductiva (doméstica y familiar) estaba reservado para mujeres. Aunque la división del trabajo doméstico en los países industrializados se ha vuelto más igualitaria con el tiempo, la contribución de los hombres a las tareas domésticas sigue siendo inferior a la de las mujeres (Molarius, Granström, Lindén-Boström, & Elo, 2014). Incluso después de la jubilación, las mujeres continúan asumiendo el papel de ama de casa en países más tradicionales del sur de Europa (Hank & Jürges, 2007). Esta división del hogar por género tiene un efecto negativo en la salud de las mujeres mayores especialmente (Eek & Axmon, 2015), y algunos autores apoyan el hecho de que las mujeres que se dedican más tiempo a las tareas domésticas podría ser perjudicial para su calidad de vida (QOL) porque tienen menos tiempo y menos oportunidades para su desarrollo personal y social. Wen et al. (2013) indicaron que la mala salud o enfermedades que se ha asociado con las tareas domésticas se debe a que casi no implican interacciones interpersonales, como lavar la ropa y limpiar la casa. Además, hay que añadir que la injusticia percibida en cuanto a la división del trabajo doméstico lleva a una menor felicidad conyugal y satisfacción y aumenta depresión en las mujeres (Wagman, Nordin, Alfredsson, Westerholm, & Fransson, 2017).

Nuestros resultados, en parte, están en la línea de los obtenidos por Pino-Domínguez et al. (2014) en población española, aunque en esta investigación no analizaron los efectos diferenciales del género en salud, sino tan sólo en función de su estado laboral o actividad solamente. No obstante, encontraron también que la mayoría de los trabajadores y jubilados eran hombres; y la mayoría de las amas de casa eran mujeres. En dicho estudio, los jubilados también fueron los más vulnerables en cuanto a su percepción de salud y calidad de vida.

Aunque no hubo diferencias en el modelo de la calidad de vida según el estado de la actividad. A pesar de ello, hallaron que las personas que trabajaban calificaron su salud mejor que el grupo de jubilados, mientras que las amas de casa no mostraron ninguna diferencia significativa en comparación con el grupo de jubilados. En cambio, son incongruentes con la investigación posterior, de estos mismos autores Pino-Domínguez et al. (2016), en la cual analizaron la relación entre el género y la salud percibida en jubilados y amas de casa españoles de una muestra de 1.106 adultos mayores residentes en la comunidad, donde hallaron evidencia empírica en relación a que los hombres jubilados reportaron una mejor salud percibida que las mujeres que son amas de casa. Finalmente concluyeron que, ser mujer con total dedicación al trabajo doméstico está asociado a un peor estado de salud percibida.

En nuestro estudio no se detectaron estos patrones diferenciales por sexo en relación a la situación laboral con respecto al funcionamiento exitoso en general y a la salud en particular que la literatura revisada señala (Pino-Domínguez et al., 2016), solo sutiles diferencias entre hombres y mujeres mayores que permanecen en el mercado laboral, y por lo tanto trabajaban, y entre hombres y mujeres que se dedican a las tareas domésticas únicamente en cuanto a su percepción del tamaño de su Red social. Así, aquellas mujeres que trabajaban en el momento del pase del cuestionario y que no se adscriben solamente al rol tradicional femenino y doméstico, informaron de redes sociales mayores, y en cambio, en los hombres sucede lo contrario, es decir, aquellos que ejercen roles menos tradicionales y menos ligados al rol masculino, como lo son las tareas domésticas, percibieron mayor apertura en sus redes sociales. Esto lo podemos relacionar con la Teoría de Androginia de Bem (1993) y su relación con el envejecimiento satisfactorio, y también con la Teoría de inversión de roles. Probablemente, para las mujeres participantes en el presente estudio, el ocio social parece condicionar su percepción de integración social. Los contactos sociales que el trabajo remunerado puede proporcionar, favorece a las mujeres con alguna historia de empleo que aquellas que dedican su vida al trabajo doméstico por lo general. Y lo contrario sucedería en los hombres mayores, aquellos que se suscriben a roles más igualitarios de género y al trabajo doméstico, percibirían así una mayor integración social que el resto. Aunque los resultados no pueden ser generalizables, porque hay muy poca representación muestral en la categoría hombres y “amos” de casa, por lo que en posteriores estudios quizás habría que tener en consideración esto. Quizás con una muestra mayor donde haya una mayor representatividad masculina en la categoría de tareas domésticas, quizás sea posible detectar interacciones significativas en otros indicadores relacionados con el envejecimiento con éxito.

Nuestros datos se pueden relacionar con el estudio de Adjei, Brand y Zeeb (2017), un estudio transnacional en población general llevado a cabo en Alemania, Reino Unido, Italia, España y los EEUU, para investigar qué relaciones hay entre la salud percibida y el tiempo dedicado a aquellas actividades relacionadas con el rol tradicional en hombres y mujeres. Estos autores hallaron que mientras que el tiempo asignado al trabajo remunerado, las tareas domésticas y las actividades de ocio activo se asociaron positivamente con la salud, el tiempo dedicado al ocio pasivo y las actividades personales (sueño, comer, etc.) se asociaron negativamente con la salud entre hombres y mujeres, pero la magnitud de la asociación varió según el género y el país. Encontraron diferencias significativas de género en salud en Alemania, Italia y España, pero no en otros países. Siendo los predictores más significativos de la mayor brecha de salud en estos países, las diferencias en el tiempo asignado al ocio activo y el nivel de logro educativo. Además, en cuanto al tiempo dedicado a las tareas domésticas en particular, observaron diferencias de género y entre países. En general, las mujeres pasaron más tiempo que los hombres en las tareas domésticas de acuerdo con la evidencia científica previa. Y a pesar de la aparente desigualdad de género en la asignación de tiempo a las actividades domésticas, encontraron que el tiempo dedicado a las tareas domésticas se asoció positivamente con la salud entre mujeres y hombres mayores en todos los países.

El uso del tiempo para las tareas domésticas de mujeres y hombres es más similar y se ha vuelto más igualitario con las mujeres a lo largo del tiempo. Según Sayer (2016), la mayor similitud en la actualidad se debe mucho más a los cambios entre las mujeres que entre los hombres. Además, a pesar de la disminución en el tiempo de trabajo doméstico de las mujeres, el aumento en el tiempo de cuidado infantil y el tiempo de trabajo remunerado de las mujeres ha dado lugar a una brecha de género en el tiempo libre. Según revela la literatura, entre la población activa, la división desigual del trabajo doméstico se ha relacionado con resultados de salud adversos entre las mujeres, como ya hemos indicado. Para Adjei et al. (2017), esto podría explicarse, hasta cierto punto, por la hipótesis de la “doble carga” del trabajo que experimentan las mujeres, puesto que la combinación del trabajo remunerado y el trabajo doméstico es más estresante para las mujeres que para los hombres. Pero sin embargo, tal y como parece ocurrir en nuestra investigación, en las personas mayores, dada la disponibilidad de más tiempo tras la jubilación, esta hipótesis podría perder su premisa para explicar el efecto diferencial de las actividades domésticas en la salud entre hombres y mujeres de edad avanzada, ya que las personas mayores pueden no tener las mismas

limitaciones de tiempo para combinar el trabajo remunerado y las actividades domésticas como la adultos en edad de trabajar. No obstante, los pocos estudios que han examinado los efectos del trabajo doméstico en la salud de los hombres de edad avanzada han mostrado resultados inconsistentes

Podemos concluir que, sin embargo, el alcance de las diferencias de género en la distribución del tiempo con respecto a las actividades relacionadas con el rol de género varía según las normas sociales y las políticas nacionales (Anxo et al., 2011). Estos factores mediadores también se han identificado como elementos que contribuyen a las potenciales desigualdades en la salud y el bienestar entre hombres y mujeres. Por ejemplo, Eikemo, Bambra, Judge y Ringdal (2008), afirman que el tipo de régimen del estado del bienestar parece representar aproximadamente la mitad de la variación a nivel nacional de las desigualdades en salud entre los países europeos. Observaron que las personas en países con regímenes de bienestar escandinavos y anglosajones tienen una mejor salud general percibida en comparación con los regímenes de bienestar del sur y el este de Europa. Por lo tanto, las políticas y las normas sociales pueden afectar en cómo asignamos nuestro tiempo, al influir en los patrones de las actividades diarias. Las construcciones socioculturales sobre género permean todas las esferas de la vida humana generando diversas inequidades.

#### **10.4.4. Interacción del Sexo con el Cuidado a familiares dependientes**

OE3.4.4. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo y el cuidado a familiares dependientes y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

##### **Hipótesis planteadas:**

H3.4.4.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el cuidado de familiares dependientes en Recursos Sociales.

H3.4.4.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el cuidado a familiares dependientes en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.4.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el cuidado a familiares dependientes en Salud.

H3.4.4.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el cuidado a familiares dependientes en Soledad y Aislamiento social.

Las tareas de cuidado a familiares en situación de dependencia merecen ser objeto de estudio y atención por representar un factor de riesgo para la salud y el bienestar en las personas mayores cuidadoras. Buena parte de la investigación sobre el cuidado informal se ha centrado en el análisis de esa gran mayoría femenina que conforma el colectivo de cuidadores, obviando las características específicas de las personas mayores cuidadoras y en particular de los cuidadores varones. Por ello, analizamos las posibles diferencias que el factor género puede producir en el desempeño del cuidado en población mayor y en particular, en un grupo de personas mayores caracterizadas por su envejecimiento activo y exitoso, y así conocer en mayor profundidad cómo afecta el cuidado de otros en el logro del envejecimiento positivo y satisfactorio.

Para empezar, todas las hipótesis planteadas a priori se han cumplido. Es decir, que no hay efectos significativos de interacción multivariada de primer orden entre el Sexo y la Frecuencia de cuidado a familiares dependientes en ningún grupo de indicadores de envejecimiento exitoso evaluados. Dicho de otro modo, que ambos factores no se interrelacionan alterando los resultados en estas variables dependientes. Por consiguiente, no hay efectos de interacción multivariados ni tampoco univariados en esta muestra de personas mayores en Recursos Sociales, ni en Satisfacción con la vida y Bienestar, ni en Salud ni en Soledad o Aislamiento. De modo que, cuando se es una persona mayor cuidadora de personas dependientes, independientemente si se es hombre o mujer, no altera los efectos en los indicadores propuestos.

En nuestro contexto cultural hay muy pocas investigaciones que analicen los efectos del cuidado en el bienestar en las personas mayores cuidadoras. Por lo tanto, la mayoría de los estudios revisados se centran en muestras de cuidadores de mediana edad, la mayoría de ellos con una mayor representación femenina, dado que es una tarea tradicionalmente vinculada a la mujer debido a su rol de género en prácticamente la mayoría de las sociedades occidentales.

Nuestro resultado es consistente con el estudio elaborado para el IMSERSO por Crespo & López (2008), que indaga el perfil característico de los hombres y mujeres que están al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia en población española, así como las variables diferenciadoras en función del género. Mediante este estudio se llegó a la conclusión de que el género del cuidador por sí solo no parece ser un factor tan relevante como se ha afirmado en numerosas ocasiones en la literatura científica. Sin embargo, de alguna forma, se tiende a perpetuar una imagen del cuidador, claramente diferenciada de la de

cuidadora, en la que se tienden a maximizar las diferencias existentes, cuando las diferencias existentes son en la mayoría de los casos pequeñas y, en ocasiones, reflejan diferencias que no son específicas sólo de los cuidadores, sino que se producen también en población general (tal y como sucede con los mayores niveles de depresión y de problemas de salud, que se dan en las cuidadoras respecto a los cuidadores varones, pero también en las mujeres de la población general cuando se las compara con los hombres de esa misma población).

Es por ello que los resultados obtenidos no coinciden con la literatura sobre el tema en general, pues la evidencia empírica en población general sugiere que, en concreto, las mujeres cuidadoras, de mayor edad, con bajo nivel económico, con mala salud previa y con escaso apoyo social sufren un mayor impacto en su salud física y psicológica, es decir, una mayor sobrecarga por brindar atención y cuidados a otros (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004). Según estas investigaciones, por lo general, las mujeres cuidadoras padecen más sobrecarga, más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo, peor salud física y más aislamiento social (Alpass et al., 2013; Crespo & López, 2008; del Río-Lozano et al., 2017, 2013; Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012). Pero también, hay estudios que sugieren que cuando se tiene en cuenta la intensidad de los cuidados, las diferencias de sexo desaparecen porque la intensidad es un factor de riesgo para el deterioro de la salud en ambos sexos. Por tanto, el mayor deterioro de la salud derivado del cuidado que generalmente perciben las mujeres está más relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado (García-Calvente et al., 2007) y su mayor implicación. Entraña mayores riesgos para ellas por la mayor carga de trabajo que deben asumir, puesto que las mujeres a parte de la intensidad, se añaden la frecuencia y la duración de los cuidados. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten (Larrañaga et al., 2008).

En relación a los efectos de interacción en Recursos Sociales (H3.4.4.1) Los análisis multivariados complementan los hallazgos de estudios previos en cuidadores informales cuando se examina el género. Los datos del presente estudio no muestran de manera consistente diferencias entre varones y mujeres en Recursos sociales (el uso y apreciación del apoyo informal y formal), coincidiendo en este punto con las conclusiones del metanálisis de Pinquart & Sorensen (2006). Pero en cambio, por ejemplo, en el mencionado estudio de Crespo y López (2008) en población española, a pesar de que apenas se encuentran diferencias entre sexos en cuidadores de dependientes, sí se encuentran diferencias que se

manifiestan, principalmente, en el apoyo social disponible y en las autopercepción que tienen los cuidadores y cuidadoras de la propia situación de cuidados, es decir, en la percepción de carga. En dicho estudio los varones indicaron que disponen de más personas que les prestan apoyo social para ejercer como cuidadores, lo que podría ser un indicador indirecto de una mayor disposición de ayuda informal (esto es, la que procede básicamente de familiares, amigos, vecinos, etc.), pero no hay diferencias en la disponibilidad de apoyo formal o ayudas externas. Aunque como ya hemos comentado estas diferencias son de pequeña magnitud.

En nuestro contexto sociocultural, observamos el supuesto cultural de que las mujeres deberían asumir el rol de cuidadora y la gran mayoría de estudios coinciden de hecho en que las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidado y, por lo general, no suelen buscar apoyo (del Río-Lozano et al., 2013). Igualmente, también observamos el estereotipo de que los varones cuidadores recurren más a las ayudas externas, pero nuestros resultados no apuntan a esta dirección y los varones son tan reacios como las mujeres a recurrir a otras personas, o a otras instituciones para dejarse ayudar en el cuidado. Pero, además, no debemos olvidar que las ayudas disponibles suelen ser escasas tanto para los varones como para las mujeres que cuidan de sus seres queridos y que, por lo tanto, quizás las ayudas recibidas son escasas no porque los cuidadores no las buscan, sino porque éstas no les son ofrecidas, independientemente del sexo del cuidador. En este sentido, nuestros datos son compatibles con la reciente investigación de Rodríguez-Madrid et al. (2019), cuya finalidad fue analizar la composición, estructura y función de las redes informales de apoyo de los cuidadores y examinar las diferencias de género, observando que la variabilidad en la estructura de las redes no fue explicada por género, tan solo se observaron algunas diferencias significativas entre hombres y mujeres para la composición y función de la red: las mujeres recibieron ayuda principalmente de mujeres con un perfil similar, mientras que las redes de los hombres fueron más amplias y diversas y recibieron más ayuda de los círculos familiares externos, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos. También, nuestros datos están en la línea de los obtenidos por Larrañaga et al. (2008), usando una amplia muestra de cuidadores en el País Vasco (cuidadores de todos los rangos de edad), que al considerar la intensidad de la carga del cuidado, los hombres cuidadores con carga elevada presentaron riesgos iguales o superiores de mala calidad de vida que las mujeres, y especialmente en relación a la percepción de poco apoyo social, tanto afectivo como confidencial. Así que, a igual responsabilidad o intensidad de cuidado las diferencias entre sexos desaparecen. En este estudio, la peor salud social observada en los cuidadores varones

(menos apoyo afectivo y confidencial) sugiere que el sistema de apoyo de los hombres es más vulnerable a los efectos negativos del papel de cuidador que el de las mujeres. Esta desigual disponibilidad de apoyo en función del género detectados en los anteriores estudios mencionados, quizás puede ser el resultado de la diferente estructura de la red social en hombres y mujeres, puesto que la red de apoyo de las mujeres, en comparación con la de los hombres, es más amplia y diversa, y su implicación en las relaciones es emocionalmente más intensa. Este tipo de relación les proporciona más apoyo, pero las expone con más frecuencia y cercanía que a los hombres a las adversidades de los demás, lo cual afecta también a su bienestar psicológico. Esta desigual exigencia se sustentaría en una experiencia de socialización diferenciada según el sexo, que desarrolla en las mujeres una identidad basada en el servicio y el cuidado a los demás, y que se manifiesta en una mayor implicación y compromiso en el cuidado informal.

También podemos relacionar nuestros resultados con los hallados por Del-Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral, & Martínez-Riera (2012) en población general y al igual que en nuestra investigación, no se encontraron diferencias de género estadísticamente significativas con respecto a la intensidad de la atención, la duración del cuidado o la satisfacción. En cambio, nuestros datos difieren de la investigación de del Río-Lozano et al. (2017), en la que los cuidadores hombres y mujeres en España, difieren en el apoyo recibido y en cómo se ve afectada su calidad de vida. Así, observaron que los cuidadores varones eran más mayores que los cuidadores mujeres y atendían fundamentalmente a sus esposas. Más mujeres usaron el subsidio de cuidado familiar, servicios de cuidado de relevo y servicios de asesoramiento, mientras que más hombres usaron ayuda remunerada, ayuda a domicilio y otras formas de ayuda instrumental.

Nuestros participantes constituyen una muestra singular de personas mayores, hombres y mujeres, caracterizadas por su alta participación y por el desarrollo de un envejecimiento activo. Son personas con un buen nivel educativo y económico, buena salud y una rica y variada red de apoyos, es decir, se trata de un grupo de personas con recursos suficientes para afrontar las situaciones de cuidado de la mejor manera posible, sin llegar a experimentar sobrecarga y los efectos nocivos frecuentemente asociados con ella. Son personas que compatibilizan el cuidado con otras actividades que les enriquecen a nivel personal, social y cultural, puesto que todos ellos asisten a un programa universitario para mayores y les permite, por tanto, estar más informados y conectados con otros. Nuestros datos sugieren que

el apoyo social es una de las variables moduladoras en cuidadores familiares, tanto para hombres como para mujeres, al ser una importante fuente de ayuda para estos a la hora de hacer frente a las situaciones de cuidado. Si a eso se le añade que el apoyo social tiene una relación directa con el bienestar psicológico del cuidador, pues incide positivamente en la calidad de vida del mismo al contar con recursos sociales porque pueden ser un factor relevante en el cuidado, y esto es así para ambos sexos (Wang et al., 2018).

En cuanto a la hipótesis H3.4.4.3, tampoco hemos podido observar efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado a familiares dependientes en los niveles de Salud, a pesar de que en muchos estudios se señalan diferencias de género en relación con la carga y la salud de los cuidadores (Swinkels, Tilburg, Verbakel, & Groenou, 2017). La mayoría de los estudios revisados coinciden en que las mujeres viven la situación de cuidado con mayor percepción de carga, con mayores niveles de depresión y ansiedad (Crespo & López, 2008; Piquart & Sorensen, 2006). Nuestros datos contrastan con la investigación de Del-Pino-Casado et al. (2012) en donde se encontró que la carga subjetiva difería entre hombres y mujeres, y esta diferencia fue estadísticamente significativa: las mujeres experimentan más sobrecarga subjetiva. Contrastan también con las investigaciones de Casado-Mejía & Ruiz-Arias (2016) y con la de Pérez & Morales (2014). En estos estudios indicados, la sobrecarga de los cuidadores tiene un fuerte componente de género: las mujeres están más cansadas, sobrecargadas y depresivas, principalmente aquellas que practican una estrategia de cuidado parcial, es decir, que compaginan el cuidado con otras actividades como las laborales o familiares, por este motivo está relacionado con aquellas mujeres que experimentan más factores de estrés secundarios tales como problemas relacionales y financieros o laborales; suelen ser mujeres adultas e hijas que no quieren renunciar a su función profesional y combinarla con su deber de cuidador. Es decir, la mayor sobrecarga que experimentan las mujeres cuidadoras de familiares dependientes tiene mucho que ver con un conflicto de roles, dado que las mujeres cuidadoras enfrentan dificultades para cumplir siempre con los estándares de género, lo que repercute negativamente en su salud. Debido a los estándares de género tradicionales todavía vigentes en muchas sociedades como la española, las mujeres consideran que su función de cuidado y sus responsabilidades son primordiales y sus otros deberes, incluido el cuidado de sí mismas, se consideran menos importantes (Eriksson et al., 2013). Además, una de las consecuencias derivadas de los roles de género es la escasa valoración social de la labor del cuidado cuando la cuidadora es mujer, en parte porque se presupone que cuidar forma parte de sus obligaciones. Por el contrario cuando el cuidador es

un hombre, goza de mayor reconocimiento y más apoyo porque el cuidado no es una tarea que tradicionalmente esté vinculada a su rol masculino. En cambio, nuestros resultados son coherentes con la interesante investigación de Fredman, Ranker, Strunin, Smith y Applebaum (2019) que mostró que en general, los cuidadores que brindaban cuidados de forma intensiva tuvieron una mortalidad significativamente menor, y especialmente, entre las mujeres mayores.

No obstante, también hay investigaciones que afirman lo contrario, es decir que para los hombres cuidadores la experiencia de sobrecarga es mayor e implica niveles mayores de estrés, sobre todo en lo que respecta a su salud física (Pinquart & Sörensen, 2007; Russell, 2007). También difieren con el estudio de Trivedi et al. (2014), pero en esta ocasión en una muestra de EEUU, informan que en general los cuidadores ya sean varones o mujeres, siguen siendo más vulnerables a los peores resultados en su salud que los no cuidadores. Pero que especialmente, el cuidado se asocia con una salud mental deficiente y puede tener impactos adicionales en la salud física de los hombres cuidadores.

En este sentido, en la interesante tesis de Torres (2017) que examina cuál es el perfil y las características de los cuidadores masculinos en Sevilla y Cádiz. Según este trabajo, el perfil medio del hombre cuidador es un varón urbano de unos 63.07 años, que cuida a una única persona perteneciente al género femenino, casado y familiar de primer grado de la persona cuidada. Posee estudios básicos, no tiene experiencia en cuidados y no ha participado en talleres formativos, jubilado o desempleado, que convive con la persona cuidada, lleva cuidando unos 9 años y emplea una estrategia de cuidados exclusiva. El 50.8% informa que está o se siente sobrecargado. Un 38.8% percibe su salud como “buena”. Pero que la percepción del nivel de salud y de limitaciones físicas o emocionales se relaciona con la presencia de sobrecarga. Los mayores de 65 años suelen delegar actividades básicas de la vida diaria y mostrar actitudes menos igualitarias. Todos los hombres cuidadores tienen algún tipo de ayuda. La mayoría la reciben de alguna mujer del entorno familiar (85%) sin remuneración a cambio (64.5%). Cuando la ayuda procede de otro hombre va más enfocada a reforzar los momentos de ocio y no tanto las tareas del cuidado.

Es posible que las diferencias encontradas en diversos estudios cuando se consideran de manera global cuidadores vs. cuidadoras pueden ser reflejo no del género (o al menos no sólo del género), sino también de esas otras condiciones diferentes, esto es, edad y, sobre todo, grado de parentesco con la persona que se cuida. Así, Chappell, Dujela, & Smith (2015) en

una investigación llevada a cabo en Canadá con el fin de comprobar la intersección del género del cuidador y el grado de parentesco con la persona dependiente a la que se cuida, reveló que las hijas experimentan la mayor carga, pero también la mayor autoestima, lo que sugiere que el papel es menos importante para sus autoidentidades. Las esposas emergen como las más vulnerables de los cuatro grupos (hijos varones cuidadores, hijas cuidadores, esposos cuidadores, esposas cuidadoras) cuando se consideran tanto la carga como la autoestima.

Los estudios muestran que el grado de parentesco guarda relación con la experiencia de cuidado, pues los cuidadores conyugales experimentan una mayor carga subjetiva general e informan con más frecuencia problemas de salud mental, problemas de salud física y problemas con la conciliación con otras actividades diarias, en comparación con los cuidadores de hijos adultos (Oldenkamp et al., 2016) y esto es más significativo para las esposas que brindan apoyo personal porque manifiestan más sobrecarga y depresión (Glauber & Day, 2017; Kim et al., 2017). La transición a los roles de cuidador en la vida posterior, especialmente para las parejas que se cuidan entre sí, puede estar llena de ambigüedad porque depende de las percepciones del cónyuge sobre el papel del otro y el acuerdo conyugal sobre la cantidad de atención brindada y recibida, lo que puede ser también importante para la salud mental de ambos, de hecho cuando hay un mayor acuerdo entre las expectativas de apoyo y el apoyo tangible recibido, el cuidado se asoció con una menor depresión y ansiedad en los cuidadores masculinos, y una mayor satisfacción conyugal en las cuidadoras (Godfrey et al., 2018).

Por ello, se hace necesario considerar también en los análisis, la interacción entre género y grado de parentesco, con objeto de determinar qué diferencias se deben al hecho de que estemos hablando de personas más jóvenes que se ocupan de sus padres, o personas mayores que se encarguen de sus parejas, de aquellas otras que son atribuibles al hecho de ser mujeres, así como la posible relación entre ambos factores. Existen hasta la fecha estudios que analizan esposas vs. esposos cuidadores, o, en menor medida, hijos vs. hijas, sin embargo son menos frecuentes los estudios que analizan la interacción de los dos factores, tal vez por las dificultades para encontrar muestras de hombres cuidadores suficientemente amplias. Por ejemplo, en España investigadores como del-Pino-Casado, Pastor-Bravo, Palomino-Moral y Frías-Osuna (2017), han examinado este supuesto y determinaron que el grado de parentesco modera la relación entre el género y la carga subjetiva que implica el cuidado, ya que se

encontraron diferencias de género en los cónyuges (las esposas tenían más carga subjetiva que los esposos) pero no en los descendientes o hijos.

En Europa, el cuidado informal es frecuente y se espera que crezca. El cuidado tiene un impacto en la salud de los cuidadores de ambos sexos, pero su efecto puede variar también de acuerdo con las políticas de apoyo que están disponibles para los cuidadores. Autores como Calvó-Perxas et al. (2018), usando datos de 13.507 cuidadores de 12 países europeos pertenecientes a la quinta ola de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE), llegaron a la conclusión que la mala salud entre los cuidadores, se asoció con vivir en un país donde el cuidado se basa en la familia (como es el caso de España) y con una mayor cantidad o intensidad de cuidado. El contexto sociocultural de los países también está relacionado con el hecho de que en todo el mundo, los cuidadores son predominantemente mujeres y esto puede ser una fuente importante de desigualdades en materia de salud. Sin embargo, los hombres asumen roles cada vez más importantes como cuidadores debido a los cambios en la demografía de la población (Baker & Robertson, 2008; Baker, Robertson, & Connelly, 2010). A este respecto, Del-Pino-Casado, Millán-Cobo, Palomino-Moral y Frías-Osuna (2014), analizaron los efectos culturales en la percepción de la carga subjetiva de los cuidadores de personas mayores dependientes en España y hallaron que los factores culturales explicaron el 29% de la varianza en la carga, dado que la carga subjetiva se asoció negativamente con el apoyo social percibido y la reciprocidad, y vivir con el receptor del cuidado.

En lo referente a la Satisfacción con la vida y el Bienestar Psicológico (H3.4.4.3), tampoco se han hallado efectos de interacción entre el Sexo y la Frecuencia de cuidado a familiares dependientes. Resultado que es consistente con el trabajo de Del-Pino-Casado et al. (2012), en cuyo estudio no se encontraron diferencias de género estadísticamente significativas con respecto a la intensidad de la atención, la duración del cuidado o la satisfacción vital. En general, el sexo de las personas cuidadoras no estaba tampoco relacionado con estos aspectos del bienestar o con los niveles de satisfacción o felicidad, si bien surgieron diferencias entre sexos cuando se analizaron otras covariables en las relaciones, como por ejemplo la edad, la intensidad del cuidado, el grado de parentesco, o el estado civil, o si se convivía o no con la persona que se cuida, en estos casos muchos de los estudios informan también de que las mujeres presentan niveles inferiores de bienestar

subjetivo (Hansen & Slagsvold, 2015; Hansen et al., 2013; Niimi, 2016; Pinquart & Sorensen, 2006; Pinquart & Sörensen, 2011).

No obstante, en el estudio de López et al. (2005), hubo diferencias en los niveles de satisfacción relacionadas con el sexo del cuidador y el parentesco. Los hombres mayores cuidadores y con un nivel socioeconómico más bajo, encontraron más satisfacción como cuidadores que las mujeres, especialmente si estos eran los cónyuges de la persona dependiente. Estos cuidadores varones manifestaron que cuidar a su familiar hizo que se sintieran más cerca de sus familiares, de sus seres queridos, e indicaron que les ayudó a disfrutar de estar juntos y les dio sentido a sus vidas.

Nuestro resultado sugiere que el cuidado en nuestro entorno sociocultural, aunque tiene efectos negativos a nivel físico y psicológico en determinados casos, también puede tener algunos resultados emocionalmente positivos en ambos sexos. En general, la evidencia muestra que tanto para hombres como para mujeres, la satisfacción con el cuidado se asocia con mejores relaciones afectivas previas entre los cuidadores y los dependientes, con ser cuidadores por iniciativa propia y no por obligación, con el mantenimiento del tiempo libre para uno, con más regulación emocional y con ser cuidador que no trabaja además fuera de casa y que, por lo tanto, no tiene que compaginar diversos roles. Estos hallazgos sugieren además que los aspectos positivos del cuidado están relacionados principalmente con las características específicas de los cuidadores y no con el género del cuidador.

Básicamente, la satisfacción con la vida y otras variables derivadas de la Psicología Positiva, tales como felicidad, la calidad de vida o el bienestar, han mostrado un papel mediador entre la percepción que los cuidadores tienen de la carga en el cuidado y de su salud física (Díaz-Martínez & Ponsoda, 2017; Wang et al., 2018), porque contrariamente a lo que podría asumirse, existe evidencia de que, a parte de las evaluaciones negativas, los cuidadores también pueden experimentar aspectos positivos del cuidado (Cohen et al., 2002; Fabà & Villar, 2013; Lloyd et al., 2016). Es lo que se entiende por la “ganancias del cuidado”, un fenómeno importante pero menos explorado. Al ser conceptualmente distinto de la carga, los factores asociados con la carga y la ganancia pueden diferir. Liew et al. (2010) analizaron este aspecto y determinaron que habían tres factores que estaban asociados significativamente con las ganancias: bienestar mental del cuidador, uso del manejo activo como estrategia de cuidado y participación en programas educativos o de grupos de apoyo para cuidadores. Así, en ambos sexos, la satisfacción y los aspectos positivos del cuidado a familiares dependientes

se relacionan con un sentido de logro personal y gratificación, sentimientos de reciprocidad en una relación diádica, un aumento de la cohesión familiar y funcionalidad, y un sentido de crecimiento personal y propósito en la vida (Yu, Cheng, & Wang, 2018).

Si bien, los datos estadísticos muestran que, efectivamente, los cuidados de familiares recaen en mayor medida en las mujeres. Sin embargo, las diferencias de género se acortan con la vejez. Según Abellán (2019), los hombres empiezan a asumir nuevos papeles de cuidados, con los condicionantes de ser al final de su vida, con falta de experiencia en la tarea y no habiendo sido preparados cultural y prácticamente en ello, y determinada esta tendencia más por evolución demográfica (evolución de la supervivencia) de las actuales generaciones de mayores que por resultado de políticas de género aplicadas. En definitiva, la vejez iguala en tareas de cuidado a quien cuidó y a quien no lo hizo antes.

Tal y como sugieren Crespo & López (2008), pese a su dificultad parece esencial considerar las particularidades de los distintos subgrupos de cuidadores en lugar de pensar en ellos como un grupo homogéneo, de características similares. Ni todos los cuidadores son iguales, ni todos los cuidadores varones son similares, ni todas las cuidadoras mujeres son un grupo homogéneo. Es conveniente prestar atención a la diversidad, y convendría tener en cuenta posibles variables diferenciadoras, moduladoras así como la interacción entre ellas. No parece adecuado considerar únicamente la variable género para explicar las diferencias entre los varones y las mujeres que cuidan a sus mayores sino otra serie de características que podrían estar influyendo.

#### 10.4.5. Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos

##### **Objetivo propuesto:**

OE3.4.5. Analizar los efectos de interacción entre el Sexo/género y el Cuidado de nietos y su influencia en los indicadores del envejecimiento con éxito.

##### **Hipótesis planteadas:**

H3.4.4.1. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Recursos Sociales.

H3.4.4.2. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

H3.4.4.3. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Salud.

H3.4.4.4. No se encontrarán efectos de interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en Soledad y Aislamiento social.

Los abuelos desempeñan un papel cada vez más importante en la vida familiar, especialmente cuidando a los nietos, por eso hemos considerado importante evaluar cómo el cuidado que ejercen los abuelos puede afectar al desarrollo del envejecimiento con éxito. Y a la vez, examinar si la provisión de cuidados a los nietos y el sexo de los abuelos reflejan variaciones en los patrones del envejecimiento exitoso. Dado que es probable que las actitudes culturales hacia los roles de género, así como los factores estructurales y contextuales derivados, pueden ayudar a comprender cómo la labor de cuidado que ejercen muchos abuelos y abuelas afecta a los indicadores seleccionados como representantes del buen envejecer.

Nuestros análisis multivariados reflejan que, prácticamente, no hay interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en esta muestra de personas mayores, por lo tanto, todas las hipótesis planteadas a priori se han cumplido. No obstante, y con la intención de profundizar más en estas relaciones, los análisis univariados realizados posteriormente, en cambio, sí que detectaron efectos de interacción específicamente en el componente Propósito de vida de la

escala de Bienestar Psicológico de Ryff, si bien el tamaño del efecto es de muy baja magnitud (2.3%): nuestro principal hallazgo es que las mujeres que cuidan a diario obtienen mayores niveles de propósito de vida que los hombres en la misma situación. Y viceversa, es decir, un cuidado menos intenso y continuado en el tiempo influye en un menor propósito de vida para los mujeres pero no así para los varones. Por tanto, en el caso de la H3.4.4.2, la hipótesis no se cumple cuando se analizan por separado las variables dependientes que componen este grupo de variables.

En relación a la primera de las hipótesis propuestas (H3.4.4.1), la cual planteaba que no se encontraría un efecto de interacción entre el Sexo de los abuelos y el cuidado de los nietos en Recursos Sociales, es decir en apoyo social y en tamaño de red social, los resultados obtenidos contrastan con la investigación realizada por Triadó et al. (2009), donde los hombres que eran abuelos, y por lo tanto cuidaban regularmente de sus nietos, informaron significativamente de recibir más ayuda y apoyo que las mujeres cuidadoras de nietos. Los varones generalmente mencionaban ser ayudados principalmente por su pareja (86%), mientras que este porcentaje caía al 59% en las mujeres. Tal y como comentan estos autores, las ayudas recibidas por las personas mayores son escasas, proviniendo generalmente de la pareja (si existe) y por lo general las mujeres mayores reciben menos ayuda que los hombres (Triadó et al., 2008). Algunos estudios han apuntado que esta ayuda que los abuelos realizan a sus nietos, les ayuda también a mantener el contacto con sus hijos y de este modo facilitar que en un futuro sea más factible que ellos reciban ayuda por parte de estos hijos adultos cuando la necesiten. Pero sobre todo, para los abuelos/as cuidadores de nietos, el apoyo social parece ser crucial para mantener en óptimas condiciones su salud física y mental, así como para afrontar o tener una mayor capacidad para hacer frente a las demandas y responsabilidades que supone la crianza de los nietos (Hayslip et al., 2015; Hayslip & Kaminski, 2005).

En esta muestra de personas mayores, no se observó que el sexo sea un factor que altere los niveles percibidos de apoyo social o de red social en los abuelos/as, y por consiguiente, contradice los estudios anteriormente citados al respecto, según los cuales las mujeres que cuidan de sus nietos en general perciben menos apoyo. Básicamente porque nuestros participantes son un grupo de personas mayores que cuentan con suficientes recursos y apoyos para afrontar dichas situaciones de cuidado porque están integrados socialmente, con plena participación social en diferentes ámbitos. Podemos argumentar que para los participantes de esta investigación, las redes sociales amplias, diversas, recíprocas,

suficientemente densas y flexibles, proveen un sistema relacional que permite tanto a hombres que cuidan de sus nietos como a mujeres que también son cuidadoras, percibir intercambios de apoyo suficientes o eficientes y disponer de ellos, factores que también les facilita una mejor autoestima y la capacidad de afrontar mejor las posibles situaciones estresantes que conlleva el cuidado de nietos. Así, en este caso, la muestra estudiada percibe los mismos niveles de apoyo ya sean hombres o mujeres o bien cuiden con más frecuencia o no.

En este sentido, la percepción de ayuda e intercambio que las personas mayores cuidadores tienen de sus redes sociales equilibran sus experiencias estresantes cotidianas haciéndoles sentir útiles, necesarios, apoyados, validando sus conductas, orientándoles, aconsejándoles en su autocuidado y ayudándoles en el desarrollo de sus funciones educativas, que son muy importantes dada la responsabilidad que adquieren como cuidadores en cuanto a la socialización de nietos y nietas. En este aspecto, sobre la influencia que los factores sociodemográficos tienen en el cuidado de nietos, los estudios informan que especialmente destaca la edad, tanto del nieto como del abuelo y también el género del abuelo. Señalan que éstos son los principales factores que condicionan las situaciones de cuidado y la percepción del vínculo que se establece entre ambos. Por ejemplo, según la edad del nieto/a, es posible que sus necesidades de cuidado serán diferentes, mientras que también la edad del abuelo/a influiría en la capacidad de energía y situación de salud para realizar según qué actividades de cuidado (Triadó et al., 2008). Por último, a pesar de que tanto las abuelas como los abuelos brindan numerosos cuidados y atenciones a sus nietos, parece que muchos estudios evidencian que son las abuelas, principalmente, las que están más implicadas y ofrecen con mayor frecuencia cuidados a los nietos (Noriega, 2015; Triadó et al., 2008). Investigadores como Arpino y Bordone (2015), usando datos de la *Encuesta de salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE), encontraron que las mujeres son considerablemente más propensas y comprometidas que los hombres a participar más intensamente en los cuidados a los nietos.

En algunos estudios se han encontrado diferencias significativas en la calidad de la relación abuelos-nietos en función del sexo del abuelo, focalizando las diferencias en las funciones desempeñadas por ambos. Por ejemplo, Viguer, Meléndez, Valencia, Cantero y Navarro (2010), observaron diferencias en función del sexo de los abuelos en los tipos de actividad compartida y en los estilos de socialización. Concluyeron que el perfil del abuelo/a favorito es mayoritariamente el de: abuela materna, jubilada o ama de casa, de entre 60-70 años, que vive en la misma ciudad que su nieto/a, y mantiene contacto con él o ella varias

veces a la semana. En general, se reconoce que tradicionalmente las relaciones familiares son más intensas en el lado materno que paterno, lo que hace que no sea sorprendente que algunos hallazgos muestren que los abuelos maternos, en general, tienen mayor frecuencia de contacto y relaciones más cercanas con sus nietos que los abuelos paternos (Triadó, Villar, Solé, Osuna, & Pinazo, 2005).

Con respecto al género de los abuelos, la mayoría de las investigaciones parecen señalar que la relación entre las abuelas y sus nietos implica un mayor componente de cercanía emocional y afectiva. Mientras que en el caso de los abuelos, la relación sería más emocionalmente distante de sus nietos y más centrada en los aspectos instrumentales. Es decir, las abuelas se muestran más implicadas en tareas relacionadas con el cuidado de los nietos, apoyo en momentos de crisis y expresión de emociones, mientras que los abuelos actúan en mayor medida como transmisores de historias familiares, consejeros y participan en más actividades recreativas y dirigidas (Noriega, 2015; Smorti, Tschiesner, & Farneti, 2012; Triadó et al., 2005; Viguer et al., 2010). A diferencia de todo lo anterior, hay otros autores que no encuentran diferencias significativas en función del sexo del abuelo, atribuyendo estos resultados a una disminución en las diferencias en los roles sexuales en personas mayores y a viejos estereotipos asociados al género (Block, 2000).

Resumiendo, diríamos que es evidente que la relación de las abuelas y los abuelos con sus nietos ha cambiado, y que esta relación afecta a las concepciones de los roles de género en la vejez. En general, hoy en día tanto abuelas como abuelos colaboran en la tarea del cuidado de los nietos, aunque según nuestros resultados encontramos múltiples aspectos que resaltan que cada vez más los varones asumen en su vejez tareas y funciones del cuidado e incluso las valoran de modo distinto que en sus etapas de vida anteriores, más positivamente. Si bien, las mujeres siguen ejerciendo estas funciones, pero conjuntamente con los varones, sobre todo cuando aún viven ambos miembros de la pareja. La investigación actual contribuye por tanto, a comprender la cantidad y diversidad de cuidados que brindan los hombres mayores.

Según Radl (2003), el envejecimiento se convierte en un espacio para el desempeño de los roles generacionales y de género de abuelas y abuelos en un plano más simétrico y de igualdad en las funciones compartidas. Así, en el cuidado de nietos y la familia, las abuelas asumen cada vez más los valores de la autorrealización, la independencia y la autonomía personal en el ejercicio de sus vidas y en particular en el cuidado a otros. Asimismo, los hombres también van desempeñando cada vez más un papel de apoyo, aunque muchas veces

es ocasional, frente a la atención más continuada que proporcionan ellas. No así en cuanto a las tareas domésticas, pues la gran mayoría de las mujeres mayores dicen realizarlas ellas mismas. En las últimas décadas, se constata que en la experiencia de envejecer, tanto los hombres como las mujeres mayores están desarrollando cambios tendentes a un envejecimiento más activo y al desarrollo de valores, actitudes y roles que rompen con estereotipos negativos asociados durante muchos años a esta franja de edad (Korkostegui, Recalde, & Sanz, 2016).

Por otro lado, con respecto a la segunda hipótesis (H3.4.4.2), a nivel multivariado no se han observado efectos significativos de interacción entre el Sexo y la frecuencia de Cuidado de los nietos, por lo tanto podemos afirmar que entre nuestros participantes, el Sexo no es factor que altere los resultados en los niveles de Satisfacción con la vida ni en Bienestar Psicológico en general. No obstante cuando hemos analizado las variables individualmente, encontramos un efecto significativo de interacción en el componente Propósito de vida del Bienestar Psicológico: los hombres que cuidaban a sus nietos a diario reportaron niveles mucho más bajos en Propósito en la vida que sus contrapartes. El propósito de vida, indica que el individuo tiene metas y objetivos para vivir; siente que su vida tiene un significado que le otorga la fortaleza para mirar hacia adelante y hacer planes para el futuro. Es un recurso psicológico que contribuye a que el cuidado influya en los resultados positivos en los niveles de bienestar y se asocia significativamente con mayores ganancias para las mujeres en relación con el cuidado de nietos, pero no para los hombres. Además, se sabe que el propósito de vida se considera una dimensión importante del envejecimiento exitoso porque proporciona un sentido positivo de vivir vidas activas, productivas y valiosas.

Pero, en las personas mayores asumir el rol de cuidador puede conllevar en ocasiones a experimentar tensión mientras sufren declives relacionados con la edad, circunstancias que pueden influir en su bienestar psicológico. En relación a la satisfacción vital, nuestro resultado se contradice con diversos trabajos, especialmente en nuestro contexto cultural, que constatan que las abuelas perciben un mayor vínculo y una mayor satisfacción resultante del cuidado de los nietos que los abuelos (Ben Shlomo, 2014; Noriega, 2015; Triadó et al., 2008; Villar et al., 2012).

Y es congruente, en cambio, con la investigación de Arpino et al. (2018), usando datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE), autores que encontraron una asociación positiva entre la participación de los abuelos en el cuidado infantil

y el bienestar subjetivo, independientemente del nivel educativo y el género. La única discrepancia digna de mención se refiere a que las abuelas a menudo están más satisfechas cuando brindan atención a sus nietos, sobre todo en países donde se espera socialmente que los abuelos cuiden a sus nietos, como por ejemplo en España, de modo que no realizar esta actividad parece afectar negativamente el bienestar subjetivo de las personas mayores en dichos contextos culturales con un mayor peso de las redes familiares (Glaser & Hank, 2018).

También podemos relacionar nuestros resultados con el estudio de Triadó et al. (2014), cuyo propósito fue el de estudiar cómo el cuidado auxiliar que brindan los abuelos a sus nietos influía en el bienestar de éstos. Su principal hallazgo, que es congruente con nuestros resultados, es que la atención auxiliar para los nietos constituye más una fuente de emociones positivas y una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante que una carga o una responsabilidad estresante, donde además, los niveles de satisfacción informados no difirieron significativamente según el género del abuelo. Sólo hubo un apoyo parcial para el género de los abuelos como predictor: cuando ser abuela predijo una mayor satisfacción, efecto que desapareció cuando se incluyeron las variables de significado y generatividad en el análisis. También podemos relacionar nuestros resultados con el metaanálisis de Kim et al. (2017), en el que se concluyó que la relación existente entre la provisión de cuidado auxiliar a los nietos y el bienestar psicológico varía de acuerdo con ciertas características sociodemográficas, como por ejemplo la raza o la convivencia en el mismo hogar, las situaciones de cuidado (tipos de cuidado y actividades con los nietos) e indicadores del capital social (por ejemplo, relaciones familiares y apoyos sociales), pero que el género no resulta una variable relevante explicativa del nivel de bienestar que experimentan los abuelos y abuelas. Porque parece ser que la satisfacción vital, y también la salud, solo se ven afectadas cuando el cuidado brindado a los nietos se percibe como una fuente de dificultades o si éste es muy intenso (Triadó et al., 2014). Además, según han demostrado McGarrigle et al. (2018), esta relación entre el cuidado de nietos y el bienestar que sugieren los hallazgos empíricos, es moderada por el nivel de participación en actividades sociales y el nivel de educación de los abuelos y depende de si se proporciona por elección u obligación. En esta línea, otros autores como Muller y Litwin (2011) cuestionan la relevancia del rol central de abuelo y que cita la literatura frecuentemente para el bienestar psicológico durante el envejecimiento, ya que, en parte, depende de otras variables como el estado de salud, si es por elección o bien es un rol obligado la intensidad o responsabilidad, etc. Y que por lo tanto, otros roles pueden ser también significativos para el bienestar psicológico de las personas mayores.

El hallazgo encontrado en nuestra investigación sobre la relación entre el cuidado diario y el mayor propósito de vida en las mujeres, es consistente también con el trabajo de Noriega et al. (2017), que a través de grupos focales con abuelos llegaron a la conclusión de que la interacción con los nietos ayudó a los abuelos a sentirse activos y útiles, aumentando su propósito en la vida y dándoles una segunda oportunidad para disfrutar de lo que no pudieron con sus propios hijos. En este sentido, el cuidado infantil que ejercen muchos abuelos puede aumentar el propósito en la vida en ambos sexos, estimular su participación social, o bien puede imponer restricciones de tiempo y energía. Tal y como sugieren los hallazgos de la encuesta SHARE, en que la provisión regular de cuidado a los nietos tiene un efecto negativo significativo en la cantidad de actividades en las que participan las abuelas, especialmente puesto que al considerar las actividades encontraron, solo para las abuelas, un efecto negativo en el voluntariado, la participación en cursos educativos o de capacitación y la participación en organizaciones políticas o relacionadas con la comunidad (Arpino & Bordone, 2017).

Y este resultado diferencial que hemos obtenido según sexo en cuanto a propósito de vida en mujeres mayores cuidadoras es similar al obtenido también en la investigación de Polenick et al. (2018), los cuales hallaron que el mayor propósito en la vida se asoció significativamente con mayores ganancias de cuidado para las mujeres pero no para los hombres. También con el estudio de Moore y Rosenthal (2015) que demostraron que el rol de abuela es un papel gratificante en general, y las mujeres que se involucran con él tienen un sentido positivo de crecimiento personal, es decir, la mayoría estaba activamente comprometida con sus nietos, participando en una amplia gama de actividades junto a ellos y este mayor compromiso activo con los nietos que manifestaban las abuelas era predicho tanto por los mayores niveles de satisfacción como de generatividad en ellas.

La evidencia científica ha demostrado reiteradamente que el propósito en la vida es un recurso psicológico importante que contribuye significativamente a los resultados positivos del cuidado, es decir, que contribuye a la percepción de mayores ganancias o beneficios derivados de la atención a otros. Y en particular, esto es más patente cuando analizamos el cuidado brindado a los nietos, porque puede representar un recurso importante para combatir las posibles consecuencias adversas asociadas como el estrés que en ocasiones las situaciones de cuidado pueden generar (Hill, Sin, Turiano, Burrow, & Almeida, 2018; Polenick, Kales, et al., 2018; Polenick et al., 2018). Se ha comprobado además que el propósito en la vida se relaciona con una mejor integración social y una mejor la calidad de las relaciones sociales,

también con mejor nivel socioeconómico y con el matrimonio (Pinquart, 2002). También se ha asociado con una mejor salud física y mental, menor discapacidad y deterioro cognitivo, con menos sentimientos de soledad, así como con un menor riesgo de mortalidad entre las personas mayores (Boyle et al., 2009, 2010; Hedberg, Gustafson, Alèx, & Brulin, 2010; Kim et al., 2014; Marone et al., 2018; McKnight & Kashdan, 2009; Neville et al., 2018; Tarrant et al., 2015). Y tanto el propósito de vida como la orientación hacia el futuro, se consideran un antecedente motivacional de las conductas proactivas y facilita la adaptación durante el envejecimiento constituyendo pues, una dimensión importante del envejecimiento exitoso (Kahana et al., 2005).

En tercer lugar, la H3.4.4.3 también se ha cumplido. Tras los análisis multivariados no hay evidencias suficientes en nuestros datos de la existencia de efectos significativos de interacción de primer orden entre el Sexo y las situación de Cuidado de nietos en el grupo de variables que miden la Salud, es decir, en Salud percibida, Depresión y Autocuidado. En este sentido, este hallazgo se contradice con distintas investigaciones que evalúan estos aspectos. Por ejemplo, en cuanto a la depresión se ha descubierto en diversas investigaciones longitudinales que la participación de las personas mayores en las actividades de cuidado infantil parecen disminuir el riesgo de deterioro cognitivo en ambos sexos y previene la aparición de sintomatología depresiva especialmente en los hombres (Trevisan et al., 2018). En otras investigaciones longitudinales en contexto estadounidense como la de Blustein, Chan y Guanais (2004), se descubrió que los abuelos/as tienen una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos cuando un nieto vive con ellos, en su hogar, en comparación con aquellos que no viven, es decir, cuando el cuidado brindado es continuo e intenso y a tiempo completo (son los abuelos custodios). En especial, observaron que esto era así en mayor medida para las mujeres mayores solteras, de color, las cuales soportaban una carga desproporcionada asociada con el cuidado de los nietos. Resultado que podría indicar que la relación entre el cuidado de los abuelos hacia sus nietos y la salud puede verse afectada por el contexto social, y que las diferencias encontradas en ciertos estudios entre sexos en relación a la salud de los abuelos cuidadores pueden reflejar variaciones en el estado socioeconómico en lugar de por el hecho de prestar de cuidados *per se*. Por otro lado, en contexto asiático también se repiten estos resultados, por ejemplo en la investigación de Tsai et al. (2013), en donde se halló que cuidar a los nietos protege contra la depresión y la soledad en los ancianos taiwaneses. O en Corea, donde una interesante investigación de Song, Cha, Choi y Jung (2015), se comprobó una relación entre la generatividad y la depresión en abuelos cuidadores. Según estos autores,

las abuelas que tenían acceso a más recursos económicos y más probabilidades de mostrar generatividad, tenían menos posibilidades de presentar depresión; concluyeron que cuanto mayor es la generatividad, menos probabilidad de mostrar síntomas depresivos.

También se ha investigado el cuidado infantil de los abuelos en relación a la salud física y percibida, si bien en esta cuestión la literatura muestra resultados mixtos en cuanto al género, por una parte unos estudios informan de que es bueno para la salud de los abuelos, pero en cambio en otros no (Di Gessa et al., 2016b, 2016a). Si bien cabe la posibilidad de que estas contradicciones se deban a la influencia de otros factores que medien o afecten a esta relación, tales como el tipo de cuidado brindado (parcial o tiempo completo, elección u obligación, intensidad, etc.), y también a algunos factores sociodemográficos (principalmente el nivel socioeconómico o educativo), la salud previa del abuelo/a, así como algunos rasgos de personalidad (Hilbrand, Coall, Meyer, et al., 2017; Vicente et al., 2014).

En este aspecto nuestros resultados se contradicen con la investigación longitudinal elaborada por Di Gessa, Glaser y Tinker (2016b), mediante datos provenientes de la encuesta SHARE, cuyo principal hallazgo fue la de encontrar una asociación longitudinal positiva entre la atención brindada a los nietos y la salud, incluso después de controlar la condición socioeconómica y la salud previa de los abuelos. Sin embargo, esta asociación significativa se encontró solo para las abuelas y no para los abuelos: las mujeres mayores que cuidaban a los nietos, ya sea de manera intensiva o no, tuvieron puntuaciones de salud física significativamente más altas que las abuelas que no proporcionaron ningún tipo de cuidado infantil, y no fue significativo para los hombres mayores que cuidaban de sus nietos. En general, sugieren que cuidar a los nietos parece ser beneficioso para la salud física de los abuelos, particularmente para las abuelas.

Por otro lado, podemos relacionar nuestros resultados con otras investigaciones que o bien han encontrado efectos beneficiosos o bien no han encontrado ningún efecto sobre la salud en función del sexo, una vez que se tienen en cuenta las características previas u otros factores relacionados con el cuidado de los abuelos. Como es el caso del estudio de Triadó et al. (2014), en donde ni la intensidad ni el tipo de atención brindada tuvieron efectos significativo en la salud y el bienestar de los abuelos, tan solo la percepción de las dificultades relacionadas con la atención predijo niveles más bajos de salud y bienestar. De hecho, el cuidado de los nietos puede tener efectos en la salud tanto positivos como negativos. Negativos como por ejemplo, cuando las obligaciones de un individuo respecto al cuidado de

sus nietos exceden su capacidad física y psicológica para hacer frente al cuidado infantil, puesto que ésto puede causarles un aumento en el estrés y de las demandas físicas, que a su vez pueden ser perjudiciales en la salud. Este puede ser, por ejemplo, el caso de aquellos abuelos que actúan como cuidadores principales (abuelos custodios) o que brindan cuidados a tiempo completo para sus nietos de manera intensiva. En cambio, los abuelos que brindan ocasionalmente cuidados a sus nietos pueden beneficiarse de las recompensas emocionales y la gratificación que se derivan de esta actividad, y que a su vez, estas ganancias puede tener un efecto positivo en su salud. Incluso podemos relacionar nuestro resultado con aquellas investigaciones que no han encontrado una asociación significativa entre la salud percibida en los abuelos y abuelas cuando brindan atención suplementaria a sus nietos (Ates, 2017).

En general, según datos de la encuesta SHARE, los cuales hemos mencionado previamente, podemos determinar que los abuelos que brindan atención a los nietos en los países europeos muestran una mejor salud (Di Gessa et al., 2016a), pues hay evidencias de que experimentan algunos beneficios para su salud, incluso cuando la salud previa, la condición socioeconómica y las características sociodemográficas se tienen en cuenta. A las mismas conclusiones se alcanzaron con investigaciones longitudinales realizadas en China, donde los abuelos cuidadores informaron de mejor salud percibida y menor discapacidad en general independientemente del sexo del cuidador ( Zhou, Mao, Lee, & Chi, 2017).

Nuestros hallazgos, por tanto, son consistentes con la idea de que para la mayoría de los abuelos y abuelas, las demandas que el cuidado de los nietos conlleva son probablemente compensados por los beneficios que implica la atención. Es probable que el papel de cuidador “complementario” o auxiliar, el cual ejercen muchos abuelos pues es típico de nuestro contexto sociocultural en particular, les proporciona gratificación emocional, un sentido de pertenencia, apego y utilidad, mejorando los niveles de salud y la satisfacción con la vida. Es plausible que los abuelos que brindan cuidado a los niños tengan un mejor apoyo social, (Hayslip et al., 2015; Zhou et al., 2017), porque probablemente la participación de los abuelos en tal actividad familiar les brinde un sentido de pertenencia, valor y apego, lo que mejora las relaciones intergeneracionales y lazos sociales tanto con los nietos como con sus padres y puedan beneficiarse de un mayor apoyo emocional, instrumental y social de sus hijos adultos. A su vez, al beneficiarse de mayores niveles de apoyo familiar, este apoyo puede actuar como incentivo para promover la salud en los abuelos cuidadores, como puede ser por ejemplo, el mejorar las prácticas de autocuidado o también mediante la provisión de ayuda o

recursos tangibles de apoyo emocional. Cuidar de los nietos también puede llevar a los abuelos a mantener o aumentar sus niveles de actividad física y a implementar estilos de vida o comportamientos para promover su salud, los cuáles se asocian con una mejor salud física y bienestar en ellos, es decir, cuidar de sí mismos para cuidar mejor de los otros. Incluso, hay evidencias de que los abuelos que cuidan a sus nietos regularmente manifiestan una edad subjetiva menor que su edad cronológica, experimentando un “efecto rejuvenecedor” cuando participan en el cuidado de niños (Bordone, 2017; Bordone & Arpino, 2016).

Respecto a las diferencias de género que algunos estudios han encontrado sobre este tema, pero que en cambio nuestro estudio no ha podido confirmar en relación a la salud mental, pueden ser atribuidas a los roles diferenciales, expectativas y deseos que tienen hombres y mujeres con respecto a las responsabilidades familiares, al cuidado y a la participación familiar (Grundy et al., 2012). Las abuelas pueden percibir el cuidado de los nietos como una adición a sus responsabilidades familiares, mientras que para los hombres la ayuda puede ser más a menudo una cuestión de elección y por lo tanto pueden experimentar y realizar cuidados diferentes, que a su vez puedan tener efectos diferentes sobre la salud (Stelle et al., 2010). Sin embargo, también es posible que las diferencias de género que informan los estudios reflejen la falta de representación muestral de hombres mayores que cuiden de nietos, porque en la mayoría de estudios hay menos abuelos varones cuidadores o haciéndolo de manera intensiva.

Por otro lado, en nuestra investigación resulta llamativa la poca capacidad explicativa que la interrelación de estas dos variables, Sexo y Cuidado de nietos, tienen sobre los indicadores de envejecimiento con éxito, pues en España los roles tradicionales de género, especialmente los vinculados al cuidado siguen vigentes. Lo cual nos lleva a plantearse que quizás existan variables de mayor peso que medien en esta relación y en este constructo psicológico. Por lo tanto, sería importante completar los datos de cada sujeto al que se le administre el cuestionario con más información acerca de nivel socioeconómico, educativo, aspectos sobre rol de género, generatividad, personalidad, salud, etc. El perfil de nuestra muestra coincide con las investigaciones que han sugerido que los abuelos de clase social media, casados y que disfrutan de mejores niveles salud, física y mental, son los que tienen un mayor número de contactos con los nietos (Noriega, 2015). En este sentido también sería de gran interés obtener muestras de estratos sociales o con historias de vida diferentes, completando los análisis con

técnicas de tipo cualitativo como entrevistas en profundidad, para así poder comparar en qué medida tales diferencias pueden estar vinculadas a niveles de autoconcepto personal.

El rol de abuelo/a se caracteriza por tener una gran diversidad, heterogeneidad, multidimensionalidad y variabilidad entre las personas mayores, ya que podemos encontrar una gran variedad de roles y estilos de abuelos/as que no se ajustan al rol tradicional o al estereotipo de abuelo. La diversidad abarca y celebra las diferencias y, al mismo tiempo, reconoce las desigualdades. Tal y como sugieren Stelle et al.(2010), en la actualidad se debe reconocer la importancia del género como un factor crítico en el papel de los abuelos/as y en la relación abuelo/a-nieto/a porque la experiencia de abuelo es también una experiencia de género. En este sentido, los hombres mayores han sido invisibles en la literatura gerontológica en general y en la literatura sobre abuelos, en particular. Son pocos los estudios que han abordado las experiencias de los hombres como abuelos. Sin embargo, todavía en nuestra sociedad, el rol de abuelo trae diferentes expectativas de comportamiento y responsabilidades para hombres y mujeres. Es frecuente que en las investigaciones, cuando se examinan a los abuelos varones, hay una tendencia a verlos a través de una concepción feminizada de este rol. Sin embargo, las experiencias de los hombres como cuidadores pueden ser diferentes de las de las mujeres. Según los estudios, los hombres realizan el cuidado de manera diferente. Por lo tanto, los estudios sobre el rol del género deben centrarse en esas diferencias, en lugar de en una comparación de quién realiza el cuidado mejor o peor (Calasanti, 2004a; Calasanti & King, 2007).

La participación actual de los hombres en muchas facetas de la crianza de los hijos, contrasta con las épocas anteriores cuando los hombres aceptaron que la principal tarea de la paternidad era proporcionar un ingreso seguro para mantener a la familia. Sin embargo, cuando los hombres se retiran, y cuyo contacto con los hijos ha sido limitado debido a las condiciones laborales y culturales, su estilo de vida recién adquirido puede brindar nuevas oportunidades para involucrarse con los nietos. Hoy en día, muchos hombres abuelos y que cuidan habitualmente de sus nietos, son capaces de trascender y romper con los patrones de género en relación a la crianza infantil, es decir, son capaces de romper con los tradicionales estereotipos y las expectativas de comportamiento que conlleva implícito el rol de género masculino, como el de ser buenos proveedores y la distancia emocional, principalmente. Por lo tanto son capaces de desarrollar relaciones afectivas, más íntimas y cercanas con sus nietos que los abuelos de generaciones anteriores (StGeorge & Fletcher, 2014). Esto guarda relación

con los estudios de Carstensen et al. (2003), según los cuales a medida que envejecemos se produce un descenso de los contactos sociales que es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen intactas con la edad. De acuerdo con los estudios de Carstensen, entre las personas mayores y especialmente entre los hombres, es fundamentalmente importante el aspecto emocional de las relaciones, de modo que con el envejecimiento la interacción social es más selectiva y se maximizan las experiencias emocionales positivas, con preferencia en las personas con los que se han tenido relaciones gratificantes, minimizando así los riesgos emocionales, ya que cuando se tiene la sensación de que el tiempo está limitado, el foco tiende a desplazarse hacia objetivos presentes y más orientados a las emociones.

En conclusión, los hallazgos resaltan la importancia que puede tener el papel de abuelos para muchas personas mayores que han participado en nuestro estudio. Las personas mayores que cuidan habitualmente de sus nietos se sienten significativamente más felices y disfrutan de la vida más que antes, sobre todo si se comparan con los que no son cuidadores (Tsai, 2016). El rol de abuelo puede ser satisfactorio porque proporciona significado y sentido a la vida, es decir un propósito de vida, al mismo tiempo que la sensación de ser valorado cuando las necesidades de desarrollo generativas son mayores (Condon et al., 2018; Thiele & Whelan, 2006, 2008). En nuestra muestra, tal y como hemos visto, muchas abuelas se sienten satisfechas de poder aportar cuidados y atenciones a sus nietos, y sienten que, además de aportar su ayuda a la familia y ayudar a sus hijos a conciliar trabajo y familia, cuidar a los nietos es una tarea en la que encuentran significado y son las que menos sentimientos conflictivos tienen. Es un rol que permite a las personas mayores sentirse útiles y fortalecer las relaciones familiares (Triadó, 2018; Triadó et al., 2009). Tal es así, que algunos autores han incluido este rol en el concepto ampliado de generatividad, por su carga de transmisión de conocimientos y valores hacia las generaciones siguientes, es decir, los nietos. Y como expresan De St. Aubin (2013), la generatividad es un camino potencial hacia la experiencia del significado en la vida. Erikson ya enfatizó la importancia de mantenerse generativo en la vejez, como un elemento importante en el desarrollo humano, que tiene un impacto significativo en la capacidad de envejecer con éxito (Schoklitsch & Baumann, 2012), y un mayor sentimiento de generatividad también puede ser un aspecto positivo del cuidado que podría ayudar a mitigar algunas de las consecuencias adversas para la salud y el bienestar (Grossman & Gruenewald, 2017).

Por otro lado, el resultado obtenido sugiere que el rol de abuelo es mucho más significativo para las abuelas que para los abuelos y este factor probablemente se relaciona con una tendencia presente en décadas anteriores a adjudicar a la mujer las tareas de cuidado y educación de los niños, es decir a factores culturales asociados con el rol de género. Cuidar significa ocuparse de las personas y eso es lo que han estado haciendo las mujeres durante siglos. Hoy en día, las generaciones de mujeres que tradicionalmente se han ocupado del cuidado se acaban, y no están dispuestas a seguir prestando esa función en exclusiva: ni ser cuidadoras exclusivamente ni ser exclusivamente ellas las que cuidan, por eso es tan importante universalizar la ética del cuidado. Aunque sea una experiencia más propiamente femenina, aprendida en el seno familiar, puede decirse que no es exclusivamente femenina, y aunque varones y mujeres respondemos de forma diferente al cuidado, diferente no significa mejor, ni mayor, ni más importante, sino que la respuesta es simplemente eso, distinta.

### **10.5. Modelo de envejecimiento con éxito**

OE3.5. Proponer un modelo teórico integrado para predecir el envejecimiento exitoso que integre el cuidado como expresión de generatividad como un posible predictor.

De entre los diversos modelos teóricos propuestos para describir el envejecimiento exitoso existentes en la literatura, hemos optado por adaptar y luego validar el modelo integral de PCP, el modelo proactivo, preventivo, y correctivo (Preventive Corrective Proactive, PCP) de Kahana et al. (2014) en esta muestra de personas mayores, para ello hemos usado las variables analizadas en esta investigación. Se trata de la última formulación del modelo original (Kahana & Kahana, 1996; Kahana et al., 2012), que destaca por ser una versión más completa de las anteriores. Este modelo conceptual parte de las teorías del estrés, es un modelo procesual y además es comprensivo, de modo que abarca e incluye muchas variables y predictores para explicar el envejecimiento exitoso. Parte de la base de que al envejecer van apareciendo estresores normativos que es probable que hagan aparición durante la vejez, tales como la mala salud, pérdidas sociales, soledad, aislamiento, etc., y postula que, aun así, se puede mantener una buena calidad de vida si la persona mayor dispone de ciertos recursos (que pueden ser tanto internos como externos), que le permitan realizar adaptaciones conductuales proactivas, ya sean de carácter preventivo o correctivo, tales como: cuidar la salud, modificaciones del entorno, planificación anticipada, la ayuda a otros, sustitución de roles, etc. Finalmente considera una serie de resultados potenciales de calidad de vida que

serían los marcadores finales del envejecimiento con éxito, entre los que se encuentran los estados afectivos positivos, la satisfacción vital, las actividades y relaciones valiosas o la valoración de la vida (Martin et al., 2014). En definitiva, el Modelo Integral PCP enfatiza el papel del individuo para moldear sus recursos a fin de afrontar exitosamente los estresores normativos del envejecimiento. Tal moldeamiento se produce mediante el desarrollo de comportamientos adaptativos y proactivos que pueden ser preventivos o correctivos (Fernández et al., 2017). En esta investigación, en concreto, hemos examinado la influencia mediadora que las actitudes o comportamientos de ayuda a otros, es decir la ayuda informal (cuidado a familiares dependientes y el cuidado de nietos), ejercen sobre los resultados de bienestar entre las personas mayores que participan en un programa universitario para mayores, pues se ha encontrado que ayudar a otros a través del voluntariado o brindando asistencia informal a otros mejora los estados afectivos positivos y la satisfacción con la vida (Kahana et al., 2013).

Por tanto, uno de los objetivos de este trabajo fue contrastar el patrón de relaciones directas y de mediación postulado por el Modelo Integral de PCP de Kahana y Kahana (2014) antes descrito, para el logro de un envejecimiento exitoso mediante la aplicación de un modelo estructural multivariante en una muestra de personas mayores españolas.

Los resultados derivados del presente estudio muestran evidencia empírica que avala el modelo teórico integral de envejecimiento con éxito de Kahana et al. (2014). Sin embargo, y como era de esperar en modelos tan complejos, los resultados no reflejan a la perfección lo planteado por estos autores. Los recursos internos y externos ejercieron un papel significativo en la predicción de las adaptaciones proactivas, y ejercieron efectos indirectos en algunos resultados de calidad de vida. Entre los recursos externos, el Apoyo social ejerció efectos indirectos sobre la Satisfacción con la vida, y la Red social sobre la Satisfacción con la vida, el Contacto con hijos y Relaciones positivas con los demás. Entre los recursos internos, la Autoaceptación media sobre la satisfacción con la vida, la depresión y las relaciones positivas con otros, el Propósito de vida plantea efectos indirectos solo para Relaciones positivas y Autonomía ejerce un efecto indirecto sobre el contacto con Hijos.

De la misma forma, no todas las dimensiones de las adaptaciones proactivas tuvieron un efecto significativo en la predicción de todas las facetas de los resultados de calidad de vida. No obstante, el modelo en su conjunto se sostiene. Las adaptaciones proactivas resultaron mediar parcialmente las relaciones entre estresores, recursos (internos y externos), contexto, y

los resultados de calidad de vida. Por ejemplo, las conductas de Autocuidado median las relaciones entre los estresores evaluados (Salud percibida, Soledad, Aislamiento social) y las variables control (las variables sociodemográficas: Sexo, Edad, Situación laboral y Estado Civil) con la Satisfacción con la vida y las Relaciones positivas con los demás.

Si nos atenemos a las variables de interés que hemos propuesto en esta tesis como ejemplo de conductas adaptativas proactivas y a la vez mediadoras en el envejecimiento con éxito, es decir el cuidado informal o de ayuda a otros (cuidado de familiares dependientes y cuidado de nietos), siendo además ambas una manifestación de generatividad, podemos apreciar que su peso predictivo y mediador en las relaciones que se establecen en el modelo teórico, así como en los resultados de calidad de vida exponentes del buen envejecimiento, queda demostrado. Si bien, tal y como se puede apreciar en el modelo, tras el ajuste (ver figura 50 y 51), su papel predictivo y mediador difiere en los indicadores de calidad de vida. Así, mientras que el Cuidado a familiares dependientes sólo plantea efectos indirectos sobre la frecuencia de Contacto con los padres. Y que, además, la Edad y el Sexo de la persona cuidadora son predictores del Cuidado a familiares dependientes. En cambio, el Cuidado de nietos media entre la Edad y la frecuencia de Contacto con hijos, frecuencia de Contacto con nietos y la Satisfacción con la vida. Indicando que este factor tiene un mayor peso en la satisfacción vital de las personas mayores que han participado en este estudio independientemente del sexo del abuelo/a.

Por otro lado, si tenemos presente la variable Sexo, también objeto de interés en esta investigación, observamos que ejerce un efecto indirecto a través del Autocuidado en la Satisfacción con la vida y en el indicador de calidad de vida Relaciones positivas con los demás. Y también ejerce un efecto indirecto a través del Cuidado a familiares dependientes en el indicador frecuencia de Contacto con los padres. Como puede verse en la figura 51, los efectos directos que ejerce el Sexo se dan solamente para la Depresión y para el Crecimiento Personal.

Este resultado obtenido es congruente con una investigación realizada por los mismos autores que desarrollaron el modelo PCP en 2013 (Kahana et al., 2013), con el propósito de examinar la influencia de las orientaciones prosociales. En concreto investigaron la influencia del altruismo, el voluntariado y la ayuda informal sobre los resultados de bienestar positivos y negativos entre las personas mayores. En dicha investigación demostraron cómo los comportamientos de ayuda informales hacen contribuciones únicas al mantenimiento de la

satisfacción con la vida, el efecto positivo y otros resultados de bienestar considerados en este estudio y que además, estos predictores explicaron la varianza principalmente en los indicadores positivos de bienestar psicológico, pero no se asociaron significativamente con los indicadores negativos. Tal y como sucede en nuestro estudio, donde también el cuidado informal, y especialmente el cuidado de nietos, influye en los indicadores positivos de calidad de vida, tales como el contacto con los familiares y la satisfacción con la vida.

También, tras la comprobación de las relaciones del modelo con las variables analizadas en esta tesis, los resultados obtenidos son congruentes con la investigación reciente efectuada por Fernández et al. (2017), también en una muestra de personas mayores españolas, en donde ponen a prueba dicho modelo llegando a similares conclusiones. Es decir, que el modelo, aunque complejo, se sostiene para las personas mayores en nuestro contexto cultural y que, por lo tanto, es evidente que las dimensiones, factores o indicadores concretos que tendrán mayor o menor relevancia irán cambiando al cambiar de tipo de población mayor estudiada, con sus características propias, pero que el modelo se sostenga es indicativo de que es un buen marco para el estudio del envejecimiento con éxito.

## Capítulo 11

# CONCLUSIONES

*“La esperanza es la virtud más indispensable  
e inherente de la condición de estar vivo”*

Erik Erikson (1902-1994)

Psicoanalista estadounidense de origen alemán



Para acabar se van a exponer, de forma resumida, las principales conclusiones alcanzadas en relación a cada uno de los objetivos de la presente tesis doctoral.

A nivel general, los datos permiten generar una primera mirada sobre cómo hombres y mujeres mayores perciben su propio proceso de envejecimiento exitoso, sobre cómo conviven diversas formas de envejecer que están signadas por los posicionamientos sociales, tales como el sexo/género, la edad, el estado civil o la situación laboral. Sin embargo, en la presente tesis doctoral aún falta por conocer muchos de los significados subjetivos y de género que el envejecimiento tiene para las personas mayores, según sus historias de vida o sus marcas generacionales, pero que por exceder en amplitud y complejidad no se ha podido llevar a cabo en esta investigación.

Lo que es evidente es que el aprendizaje a lo largo de la vida se está volviendo algo común para muchas personas mayores, ya jubiladas. Las necesidades relacionadas con el trabajo o el mercado laboral se reemplazan por objetivos más personales y con más significado, como la curiosidad, comprender el entorno, sentirse más integrado, sentir placer o mantenerse activo. Hemos comprobado que la participación en actividades educativas aumenta el bienestar, la satisfacción y la propia autovaloración. Ayuda a los alumnos mayores a sentir que están participando y que forman parte de la sociedad. Sin duda, la educación aumenta su calidad de vida y, en concreto, esta investigación muestra la relación que existe entre las actividades de aprendizaje permanente en las personas mayores y el impacto positivo en su envejecimiento activo, saludable o exitoso.

Los mayores de ahora, son generaciones más formadas y con una mejor salud que en generaciones pasadas, y además, prestan su apoyo a las causas que afectan a toda la familia, a sus hijos, a sus nietos o cuidando a sus padres muy mayores. A través del análisis del trabajo de cuidados que muchas personas mayores realizan, hemos visualizado que la vejez no es “inactiva”. Como miembros de las familias, las personas mayores son responsables de fomentar la cohesión y la solidaridad en nuestra sociedad. Transmiten apoyo, conocimientos, competencias y experiencias a las generaciones siguientes, y de manera individual y colectiva, contribuyen a nuestra economía y participan en nuestras comunidades. Muchas veces, las actitudes negativas hacia las personas mayores ignoran el papel que éstas desempeñan como trabajadores, consumidores, participantes en proyectos comunitarios y/o cuidando de otras personas. Las percepciones negativas hacia las personas mayores son perniciosas, puesto que la discriminación merma la autoestima y actúa como una barrera para un mayor compromiso

y contribución a la sociedad, incidiendo en la capacidad para envejecer exitosamente. Por ello, es importante reconocer la experiencia y la capacidad de quienes prestan asistencia de manera informal y tomar nota sobre la necesidad de proporcionar oportunidades de formación para envejecer exitosamente.

En general, hemos comprobado que la gran mayoría de las investigaciones revisadas han demostrado que la calidad de vida de la gente muy mayor, según su propio testimonio, suele ser mucho mejor de lo que se reconoce generalmente. Por tanto, en última instancia, la elaboración de esta tesis doctoral, pretende empezar a combatir los estereotipos en relación con el envejecimiento, contra esa especie de cartel que se pone una persona desde el momento en que se jubila de que ya no tiene un rol social y de que no es el que era, es decir, cambiar las actitudes hacia el envejecimiento que, con demasiada frecuencia, se hallan dominadas por ideas y prejuicios negativos y erróneos que no reflejan la realidad. La edad cronológica es solamente uno de los múltiples rasgos que definen a una persona al igual que el sexo biológico. Los conocimientos, habilidades y experiencia que poseen las personas mayores representan un recurso vital para todos y la sociedad.

## **11.1. Conclusiones**

Consideramos que, una vez revisado el marco teórico que fundamenta nuestra tesis, y expuestos los objetivos generales y específicos planteados en el capítulo 7, podemos presentar los principales resultados del estudio así como las principales conclusiones de nuestra investigación:

### **Sexo y envejecimiento con éxito**

De entre todos los indicadores seleccionados para evaluar el envejecimiento exitoso, activo y saludable, los resultados han mostrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en la percepción de Recursos Sociales, Salud y Soledad o Aislamiento social. En cambio, el Sexo de los participantes no influyó en los niveles de Bienestar Psicológico y Satisfacción con la vida.

En particular, hombres y mujeres difieren en su percepción global de Apoyo social y Red social, lo que nos permite afirmar que existe un comportamiento diferente en ambos grupos. En general, las mujeres perciben en mayor medida que los hombres, un mayor tamaño de Red social y de Apoyo social confidencial, es decir, de apoyo tangible e informativo, y por tanto,

sienten que pueden contar con personas con las que pueden comunicarse y compartir sus preocupaciones o problemas, así como recibir información, consejo o guía. En cambio, se ha observado que los hombres muestran niveles mayores de Apoyo social emocional y por tanto, aprecian una mayor calidad en cuanto al soporte emocional brindado por las relaciones establecidas en sus redes sociales (muestras de afecto, cariño y empatía). Perciben en mayor medida la creencia generalizada de que son estimados, que los otros se interesan por ellos, de que están disponibles cuando precisan y se muestran satisfechos con las relaciones que tienen.

Se observaron diferencias significativas entre hombres y mayores en Depresión y en Autocuidado interno, mientras que en Salud percibida y en Autocuidado físico y social son similares para ambos sexos. En concreto, las mujeres presentan niveles más elevados de sintomatología depresiva, pero también efectúan más conductas o comportamientos relacionados con el Autocuidado interno, que les ayudaría a equilibrar y regular sus emociones o pensamientos para mantener así una mejor salud mental. Se podría considerar la asunción de conductas de Autocuidado interno como una forma de comportamiento resiliente que ayuda a compensar el malestar emocional causado por la presencia de mayor sintomatología depresiva en ellas. Una posible explicación de este resultado está probablemente relacionada con los roles e identidades de género y los efectos de cohorte, pues muchas mujeres mayores de esta generación a lo largo de su vida han estado más expuestas a las desventajas sociales, materiales y a factores de riesgo de depresión durante toda su vida. También pueden reaccionar de manera diferente a esos factores, ya que los roles familiares que han tenido que desempeñar muchas mujeres, y las oportunidades y déficits asociados con ellos, condicionan el acceso diferencial a la educación y al empleo o a trabajos poco valorizados socialmente, tales como el cuidado o las tareas domésticas, y que podrían ser la causa de estas diferencias de sexo en depresión.

La percepción subjetiva de Soledad difiere entre hombres y mujeres mayores cuando se consideran simultáneamente ambas, es decir, la soledad objetiva de vivir solo (aislamiento social) y la subjetiva de sentirse solo, evidenciando diferencias entre sexos en la evaluación de dicha experiencia. No hemos podido determinar con seguridad que las mujeres manifiesten mayor soledad que los hombres, sino más bien que las causas o motivos de la experiencia de soledad difiere entre sexos: los hombres experimentan mayor Soledad social que las mujeres, es decir, soledad producida por la carencia de personas afiliativas o de contactos sociales, o el deseo de contar con alguien en caso de necesidad, y que resulta de la discrepancia entre las

relaciones sociales que desea el individuo y las que presenta en realidad. En cambio, las mujeres refieren mayor Soledad emocional, es decir, por la ausencia de figuras de apego y de relaciones especialmente significativas para la persona que le proporcionan una base segura. Perciben mayor soledad por el aislamiento social debido a la pérdida de la red de apoyo. Las mujeres, al tener una esperanza de vida más larga que los hombres tienen más posibilidades de vivir solas, siendo más probable que experimenten pérdidas en sus redes sociales. Por tanto, observamos que el funcionamiento diferencial asociado al sexo que se observa en la Soledad, es debido a factores contextuales pues deja entrever distintas formas de interacción social y de experimentar la soledad: en los hombres, la soledad parece depender de la percepción de relaciones insuficientes con amigos, mientras que en las mujeres la soledad se vive como una emoción negativa resultante de la falta de personas próximas. Además, las mujeres pueden admitir más fácilmente sus sentimientos de soledad en comparación con los hombres, lo que puede ayudar a explicar los niveles más altos de soledad observados.

Hemos comprobado que el Sexo no constituye un factor que contribuya a predecir el Bienestar psicológico y la Satisfacción vital de las personas mayores participantes en nuestro estudio: hombres y mujeres no difieren en estos constructos. En este sentido, las diferencias que pudieran encontrarse en cuanto al bienestar personal, están asociadas más a la influencia producida por otras variables y no necesariamente al sexo o el género. Tan sólo surgió una diferencia estadísticamente significativa para el factor Dominio del entorno del Bienestar Psicológico: los hombres puntuaban significativamente más alto y muestran una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten más capaces de influir sobre el contexto ambiental que las mujeres. Una posible explicación de este resultado está probablemente también relacionado con los roles e identidades de género y los efectos de cohorte. En ese sentido, cabe la posibilidad que los hombres, a lo largo de su trayectoria vital, puntuen más en Dominio del entorno como resultado de una posición de privilegio mantenida en la sociedad a lo largo de su ciclo vital, pues al experimentar mayor reconocimiento en el ámbito público se sienten más capaces de influir sobre el contexto ambiental, es decir, habilidades que se asocian con el locus de control interno y la alta autoeficacia, así como a la motivación para actuar y desarrollarse. Las mujeres de esta generación, en cambio, parten desde una posición desfavorecida, pues los roles de género, como construcción social, han conformado relaciones de poder desiguales y una posición de privilegio de los hombres que subyacen a muchas de las desigualdades entre sexos.

En relación a lo anterior, es posible que la asunción de roles de género menos tradicionales en este grupo de personas mayores, tal y como postula la teoría de la Androginia de Sara Bem, hayan contribuido a no detectar diferencias de sexo en varios de los indicadores, o en caso de haberlas éstas son de pequeña magnitud. Reflejando cambios psicológicos en las percepciones de “masculinidad” y en los roles de género en general, que pueden ocurrir en la vejez, lo que obliga a los hombres a adoptar roles más enriquecedores y la oportunidad de transmitir sabiduría y experiencia. El vínculo entre la androginia y el funcionamiento activo, saludable y exitoso durante el envejecimiento consideramos que debe ser explorado en población adulta mayor.

Por otro lado, aunque en esta investigación no se han evaluado los roles de género cómo posibles predictores del envejecimiento con éxito, quizás éstos pueden mediar e influir en cierta medida en los niveles de envejecimiento activo saludable y con éxito. Por ello, destacamos la importancia de incluir el análisis de los roles de género en el estudio del envejecimiento con éxito, los cuales son el resultado del contexto sociocultural en donde se vive, ya que pueden estar en la base de las diferencias de sexo halladas en la presente investigación y, especialmente, en cómo se perciben y describen las personas a lo largo del proceso de envejecimiento.

También las sutiles diferencias de sexo/género detectadas entre los participantes en este estudio en algunas variables, puedan ser explicadas por los efectos de cohorte, ya que todavía, en esta generación de personas mayores, la influencia de los roles tradicionales de género están más arraigados. En esta cohorte, los hombres y las mujeres típicamente han tenido que enfrentar limitaciones y oportunidades en cuanto al empleo remunerado, el matrimonio, la crianza de los hijos, etc., que estructuraron sus lazos sociales de una manera que aventajaba a los hombres.

Nuestros resultados contradicen los estereotipos de que las mujeres tienen redes más cercanas y centradas en el parentesco, peores niveles de salud percibida, y mayores niveles de soledad subjetiva que los hombres. Las mujeres mayores que han participado en esta investigación, pueden estar en ventaja respecto a los hombres en su logro del envejecimiento activo, saludable y exitoso, porque se cuidan más a nivel emocional y mental, controlando sus pensamientos y emociones. Es decir, efectuando más comportamientos compensatorios y acciones preventivas para disminuir los factores estresantes y los desafíos asociados con el envejecimiento, tales como la depresión, la mala salud, la soledad y las pérdidas sociales.

Además, el mantenimiento de redes de apoyo más grandes y variadas, les puede suponer una gran ventaja relacional respecto a los hombres para el logro del envejecimiento exitoso, pues es un recurso que les permite proteger la salud, el bienestar y, al tener mayor disponibilidad de apoyos, les dota a su vez de una mayor autonomía. Factores que implican una ventaja psicológica para la población femenina en las relaciones sociales durante la vejez y que probablemente responda a procesos de socialización diferencial.

Si bien, todavía está presente la desigualdad de género a lo largo de todo el ciclo vital: las mujeres de esta generación tienen mayor esperanza de vida, pero también esto conlleva más años de vida con discapacidades o enfermedades que los hombres, son más longevas pero también más pobres, con menos ingresos. Son las cuidadoras por regla general, y en general informan de mayores tasas de soledad y aislamiento social, pero en cambio, hacen frente mejor a éste problema que los hombres cultivando la amistad y las redes sociales. No obstante los estereotipos de género definen el rol de una persona en función de su sexo y, con ello, están estableciendo las metas y expectativas sociales tanto del hombre como de la mujer. Como es el caso de la imagen de la mayor vulnerabilidad y fragilidad de la mujer mayor. Estos estereotipos siguen persiguiendo a las mujeres mayores de 50 años. Las mujeres de hoy, mayores de 50 años, son independientes, se sienten a gusto consigo mismas, se cuidan, son activas y participativas. En este sentido, las mujeres parecen estar más preparados para hacer frente con éxito al envejecimiento y más dispuestas a reajustar sus metas y expectativas al final de la vida.

### **Estado Civil y envejecimiento con éxito**

Hemos observado que el Estado Civil en las personas mayores influye en los niveles de Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, así como en la percepción subjetiva de Soledad y Aislamiento social, siendo más fuerte su efecto en la Soledad. En cambio, el Estado Civil no afecta a la percepción global de Recursos Sociales (Apoyo social y Red social), ni tampoco en la Salud, es decir, en los mayores o menores niveles de Salud percibida, Depresión y comportamientos de Autocuidado.

En particular, hemos comprobado que las personas casadas, o bien con una pareja sentimental estable, se sienten más satisfechas con su vida y manifiestan un mayor bienestar que las que no lo están (solteras, divorciadas o viudas), principalmente en relación a la

Satisfacción con la vida pasada. Es decir, perciben mayor satisfacción como resultado de un conjunto de experiencias vividas que consideran positivas.

Al examinar las dimensiones del Bienestar Psicológico, hemos observado que existen diferencias significativas entre ambos grupos (personas casadas vs. resto: solteras, divorciadas o viudas), en Autoaceptación, Propósito de vida, Dominio del entorno y Relaciones positivas con los demás. Las personas que están casadas tienen una visión más positiva de sí mismos y mayor autoestima, se sienten más capaces de influir en el entorno y de manejar situaciones complicadas, de tener relaciones satisfactorias con los demás y de fomentar vínculos que le reporten una mayor calidad emocional y por último, encuentran un mayor significado a su vida, con metas y objetivos realistas que les proporciona una direccionalidad y un rumbo a su vida.

Por otro lado, hemos comprobado que los sentimientos de Soledad pueden variar según el Estado Civil. En este sentido, el Estado Civil constituye un factor relevante y un importante predictor para comprender la soledad en las personas mayores. En general, las personas solteras, divorciadas o viudas informaron de mayor soledad y aislamiento que las personas casadas, tal y como las investigaciones sobre la soledad han demostrado, tanto en hombres como en mujeres mayores. Este hallazgo parece indicar que la ausencia o la pérdida de una figura de apego, como un cónyuge o pareja sentimental, puede aumentar el riesgo de experimentar soledad, y en cambio, el estar casado constituye un factor de protección contra los sentimientos de soledad. Sobre todo destaca su influencia en la soledad emocional, que surge en ausencia de una figura de apego y en la soledad por aislamiento social o por vivir solos.

El Estado Civil constituye uno de los predictores relevantes para el envejecimiento con éxito y, en particular el matrimonio es uno de los mayores predictores de Satisfacción con la vida y Bienestar. Además, de todas las dimensiones de satisfacción vital, que sea especialmente significativa la dimensión pasada es interesante, pues este matiz revela que las personas solteras, divorciadas o viudas están menos satisfechas con las experiencias vividas en su pasado, y muestra por tanto, la importancia que los sucesos y las experiencias vitales, acaecidos durante toda la trayectoria vital del individuo, tienen sobre la capacidad de envejecer satisfactoriamente. El matrimonio, o bien tener una pareja sentimental, se relaciona con una evaluación más positiva de la propia vida, en lugar de aspectos relacionados con tener una mejor salud. La función de apoyo que ejerce el cónyuge parece ser determinante a la hora

de analizar variables de tipo personal y de adaptación satisfactoria al envejecimiento exitoso. Sobre este aspecto se han propuesto varias explicaciones: como la provisión de soporte social y económico, o como la asunción de mejores conductas y hábitos de salud entre las personas casadas. Hemos constatado que, básicamente, la diferencia entre casados y los que no lo están en términos de salud, se está reduciendo. Y que podría deberse al cambio de valores en la sociedad y a que las definiciones de matrimonio están cambiando, o bien a que las personas tienen otras alternativas en cuanto el acceso al apoyo, las relaciones sociales y los recursos de salud. Tal es el caso de los participantes en esta investigación, que parten de una situación que les supone una ventaja para establecer nuevas relaciones sociales, al tratarse de un grupo de personas mayores cursando estudios en programas universitarios para mayores y por tanto, con mayores posibilidades de interacción social.

### **Edad y envejecimiento con éxito**

El primer resultado a destacar en cuanto a la Edad es que tiene una influencia determinante sobre la Satisfacción vital y el Bienestar Psicológico, de modo que las personas mayores con más edad, es decir de 65 años o más, expresan mayores niveles de Satisfacción con la vida en sus tres dimensiones temporales: pasada, presente y futura, que el resto de rangos de edad, a pesar de que el efecto sea bajo.

Además, también se han encontrado evidencias de una ligera tendencia al descenso del Bienestar Psicológico con la edad en algunas dimensiones que miden este constructo, como el Propósito de vida y el mantenimiento de Relaciones positivas con los demás. Las personas mayores de 65 años, puntúan menos en dichas dimensiones. De todas estas asociaciones, el efecto de la Edad es más significativo para el factor Propósito con la vida, y los participantes de mayor edad en comparación con las personas mayores más jóvenes, sienten que no encuentran un propósito o significado a su propia vida claro, sienten en mayor medida una falta de dirección o rumbo. También, consideran que tienen más dificultades para relacionarse y mantener relaciones de calidad y confianza con otros. Este descenso en cuanto al Bienestar Psicológico puede tener una doble explicación; por una parte, es posible que mientras la esperanza de vida es cada vez mayor, el contexto sigue ofreciendo oportunidades reducidas para este grupo de edad, lo cual no favorecería el crecimiento ni el desarrollo personal. Por otra parte, el descenso de estas dimensiones podría ser la consecuencia de un proceso de adaptación proactiva “acomodativa” o correctiva, en la que las personas mayores compensan la pérdida de posibilidades reajustando sus metas.

Los resultados obtenidos apoyan la imagen positiva de bienestar durante el envejecimiento indicando que ciertos componentes del bienestar subjetivo, como la satisfacción con la vida, pueden aumentar con la edad, de tal forma que las personas mayores son más felices que otros grupos de edad. Este estudio corrobora la denominada “paradoja del bienestar en la vejez”, consistente en que a pesar del mayor número de pérdidas y de dificultades asociadas al envejecimiento, las personas mayores siguen manteniendo y aumentando, en muchos casos, los sentimientos de satisfacción y bienestar. Es decir, más allá del declive físico y cognitivo, las personas mayores potencian las emociones positivas y un sentido de satisfacción subjetiva que les permite poder regular sus emociones y tener un mayor control sobre sus universos emocionales. La regulación de las emociones se trata de un mecanismo que permite una mejor adaptación a la realidad del envejecimiento y en la vejez es clave para el bienestar y el desarrollo de un envejecimiento activo, saludable y exitoso. Muy probablemente, con el envejecimiento lo que acontece ante todo es un cambio en las motivaciones. Se restringen esas metas a largo plazo para invertir en una mejor calidad de vida en el presente. Por tanto, la regulación de las emociones en la vejez puede tener un fin muy concreto, una motivación muy definida: optimizar las experiencias emocionales para disfrutar del equilibrio, de la calma interna, de las relaciones con los amigos y la familia.

Por el contrario, hemos comprobado que la Edad no influye en los niveles de Recursos Sociales (en el tamaño de la Red social y percepción de Apoyo social), ni tampoco en la percepción de Salud, ni en los niveles de Soledad y Aislamiento social. Por lo tanto, entre las personas mayores que han participado en nuestro estudio no hay suficientes evidencias para afirmar que manifiesten peor salud percibida, ni tampoco que realicen menos conductas de Autocuidado, ni que muestren más sintomatología depresiva que las personas mayores más jóvenes.

Nuestros datos no permiten corroborar los argumentos que apoyan que en el envejecimiento hay una mayor pérdida de Recursos Sociales, más bien encontramos evidencias de que la desconexión social no varía según los grupos de edad y cuestionan por tanto, la noción de que la vejez se caracteriza por el aislamiento social. En general, el apoyo social de las personas mayores que han participado en esta investigación, es en su mayoría adecuado, tiene un amplio dinamismo y están bien conectadas socialmente. Los hallazgos hasta aquí expuestos muestran que en la vejez la renovación de la red puede ser un hecho frecuente y desmitifica el estereotipo de que el envejecimiento engendra aislamiento social.

En esta investigación, la Edad no constituyó una variable relevante en los sentimientos de Soledad en las personas mayores, evidenciando que la soledad puede ser una experiencia minoritaria en esta muestra de personas mayores caracterizadas por su capacidad de envejecer exitosamente. Las cohortes recientes de personas mayores no informan de soledad subjetiva en mayor medida que las cohortes anteriores, a pesar de la gran heterogeneidad que existe en este grupo de edad y a pesar de que en las últimas décadas, se han producido muchos cambios sociales que conducen hacia sociedades más individualistas que conlleva la mayor posibilidad de vivir en soledad y al aislamiento social.

En general, los resultados que se han obtenido han mostrado que la edad, por sí misma, no tiene relación predictiva con un menor bienestar personal de los individuos y no representa un indicador que marque o delimite la condición del individuo. Por tanto, las personas mayores tienen la posibilidad de vivir la vejez con bienestar, sintiendo felicidad y satisfacción en lo que se hace y en lo que se ha hecho, fomentando el crecimiento personal, manteniendo relaciones sociales satisfactorias con los demás, sin sentimientos de soledad ni depresión, con buena salud, con un estado de ánimo alegre y entusiasta, al igual que en las otras etapas de la vida.

Esta investigación ofrece evidencia adicional para el logro del envejecimiento exitoso, revelando argumentos contrarios a ciertos estereotipos que envuelven a la vejez; especialmente la idea de una vejez depresiva, aburrida y en soledad. Las personas mayores han estado rodeadas de creencias y estereotipos relacionados con pérdidas de salud, sociales y aislamiento social que muchas veces no tienen que ver con la realidad y que, sin embargo, crean en la sociedad una imagen negativa de este colectivo. Estas creencias pueden afectar muy negativamente a la propia vivencia del envejecimiento y terminar provocando una profecía autocumplida. Podríamos decir que la imagen social negativa de la vejez afecta no solo a las actitudes de los demás hacia las personas mayores, sino también a la propia auto percepción que tienen los mayores de sí mismos. El conocimiento de la realidad de la vejez y una mayor comprensión de esta etapa de la vida, es una vía y un recurso para desterrar los estereotipos negativos asociados al envejecimiento.

### **Situación Laboral y envejecimiento con éxito**

Los resultados muestran que la Situación laboral de las personas mayores influye en el nivel de Satisfacción vital y Bienestar Psicológico. Principalmente, las diferencias se

encuentran en el factor Relaciones positivas con los demás y en la Satisfacción con la vida presente. En el primer caso, las personas Desempleadas (o que reciben una prestación por invalidez), puntúan más en este factor del Bienestar Psicológico que el resto de situaciones laborales: tienen más capacidad de apertura hacia las personas, les preocupa el bienestar de los demás y mantienen relaciones interpersonales estrechas, cálidas y de confianza. Quizás adopten esta estrategia, de fomentar sus habilidades sociales, como un posible mecanismo para lograr su crecimiento y desarrollo personal, pues dada su situación en la que el trabajo no puede constituir un ámbito existencial en el que poder construir su identidad personal y social, esta estrategia les permitiría disminuir el estrés o ansiedad ante esta situaciones social, ayudando así a mantener y mejorar la autoestima o autoconcepto, repercutiendo finalmente en su bienestar personal.

Por otra parte, también se han detectado diferencias significativas en la dimensión de Satisfacción con la vida presente: en concreto, las personas jubiladas indican una mayor satisfacción vital en el momento actual que el resto de categorías laborales. El hecho de que los participantes de este estudio experimenten mayor satisfacción vital en el momento presente que el resto de estados laborales, quizás sea debido a las singularidades de este grupo de población el cual hemos analizado, pues se trata de una muestra de personas mayores jóvenes (la media de edad se sitúa en torno a los 63 años), muchos de ellos recién jubilados, motivados y activos, con buena salud y un nivel económico y educativo alto. Es decir, un perfil de personas mayores que están envejeciendo exitosamente y que disponen de múltiples recursos para afrontar positivamente su envejecimiento. Todos estos factores combinados influyen positivamente en su satisfacción vital, porque para estas personas, la jubilación les supone una etapa repleta de oportunidades, en la cual disponer de mayor tiempo y dedicación para su crecimiento personal y para desarrollar aquellas actividades que desean o que les gustan.

Además, hemos observado diferencias significativas en los indicadores de Salud a nivel global y multivariado en función de la Situación laboral; en particular, en Autocuidado interno. Nuestros datos revelan que las personas que se dedican a las tareas domésticas, implementan en su vida cotidiana más comportamientos para equilibrar la mente y regular las emociones que el resto de categorías laborales. No obstante, el tamaño de efecto de estas diferencias detectadas es muy pequeño. Sin embargo, en esta categoría laboral hay muy poca representación muestral por lo que los resultados obtenidos son difícilmente generalizables.

La falta de reconocimiento social y prestigio, así como la invisibilidad del trabajo doméstico, pueden reducir en gran medida la autoestima de las mujeres y de los hombres que lo asumen. Las características del trabajo doméstico, un trabajo duro y no remunerado, puede llevar a involucrarnos en multitud de actividades exigentes, que suponen un esfuerzo físico y mental, y que, a largo plazo, si no contamos con unos hábitos adecuados de autocuidado personal, pueden pasar factura resintiendo la salud, el ánimo y el sentir de las personas pudiendo dar lugar a problemas de ansiedad o depresión. De este modo, cuidar la vida emocional y aprender a gestionar las emociones o pensamientos puede constituir un mecanismo adaptativo para afrontar el envejecimiento positivamente y, al mismo tiempo, descubrir una manera mucho más saludable de experimentarlo, al privilegiar los pensamientos positivos, de autoconfianza, esperanza y optimismo.

Los resultados muestran además, que la Situación laboral no influye en la percepción de Recursos Sociales. No hay evidencias para afirmar la pérdida de vínculos sociales tras la jubilación y podemos concluir por tanto, que la disrupción de la red de apoyo social en la vejez debida a la jubilación no es un hecho generalizado. Por el contrario, las personas mayores estudiadas poseen recursos de apoyo suficientes y se encuentran bien conectadas socialmente. Tampoco, hemos podido constatar que el estado laboral influya en los sentimientos de Soledad o Aislamiento social, hallazgo que se contradice con diversos estudios que han indicado que en esta etapa vital se produce una reducción de las redes sociales y de los contactos personales que pueden conducir a la soledad y al aislamiento en ciertas personas.

Algunos de los estereotipos que con más frecuencia se atribuyen de manera incorrecta a este sector de población, es el estereotipo del “jubilado” como una persona aislada socialmente como una de sus características principales. Nuestros datos rompen el estereotipo del jubilado pasivo y aislado socialmente, superando la visión de las personas mayores como personas marginadas y demostrando que ciertos estereotipos ya no sirven para la actual generación de personas mayores. Las experiencias de jubilación de las recientes cohortes de personas mayores difieren de las anteriores porque han incrementado su implicación, compromiso y participación social; como por ejemplo: el voluntariado, las actividades de ocio y el contacto con familiares y amigos. En esta generación de “*baby boomers*”, apreciamos el abandono del tradicional concepto de vejez y el surgimiento de nuevas construcciones sociales que responden a la necesidad de construir nuevos “roles” sustitutos de aquellos que

se desempeñaban en el trabajo para construir una nueva identidad como jubilado o retirado. Esta circunstancia ha jugado un papel fundamental en la promoción de actitudes importantes para el desarrollo de un envejecimiento exitoso, activo y saludable.

### **Tamaño de la red familiar y envejecimiento con éxito**

En cuanto a los factores familiares que pueden afectar al envejecimiento exitoso se ha analizado el número de miembros que componen la unidad familiar básica, es decir, hijos, nietos y progenitores, así como la frecuencia de contacto entre ellos, pues un aspecto clave de estas relaciones familiares es que mantienen cierta regularidad en el tiempo y que cuentan con unos espacios de encuentro que facilitan la comunicación, la reciprocidad y la ayuda mutua que se proporcionan las personas que integran el grupo.

A nivel general, se ha encontrado que tener hijos y nietos se relaciona con una mayor percepción de Recursos Sociales, con mayor Satisfacción vital y Bienestar Psicológico y mejor Salud, pero no así con la menor incidencia de sentimientos de Soledad y Aislamiento social. En cambio, a estas edades el contar con algún progenitor vivo no se asocia con ningún indicador de envejecimiento exitoso.

Concretamente, se ha comprobado que a mayor número de Hijos, mayor es la percepción de Apoyo social afectivo, Crecimiento Personal, Relaciones positivas con los demás y Autocuidado interno. En este sentido, las relaciones con los hijos y el mantenimiento de estos vínculos de apego, al tratarse de relaciones que implican una mayor intimidad emocional, es considerado como una fuente de seguridad y de apoyo afectivo para las personas mayores. Se observó que tener hijos se asocia con la capacidad y apreciación de tener relaciones sociales positivas con otros, es decir, relaciones cálidas y estrechas con los demás basadas en la confianza mutua y la empatía. Así mismo, a mayor número de hijos, mayor es la sensación de crecimiento personal o la capacidad de desarrollar los propios potenciales y habilidades personales. Tener descendencia conlleva recompensas personales y se asocia con los componentes del Bienestar que más relación tienen con la generatividad, puesto que implica un componente de desarrollo personal, de crecimiento y de madurez, que da sentido y propósito a la vida de las personas mayores.

Por otro lado, tener Hijos favorece la adopción de más conductas de Autocuidado interno y regulación emocional. Es probable que el autocuidado interno sea concebido como una responsabilidad personal para regular el estado anímico y mental de la persona, es decir, una

importante estrategia para afrontar positivamente y mejor el envejecimiento y poder dar así lo mejor de sí mismos a los seres más queridos: las personas que se sienten bien consigo mismos pueden ser mejores padres, mejores hijos y mejores abuelos. Cuando estamos y nos sentimos bien con nosotros mismos, fortalecemos nuestra autoestima y nos autovaloramos más, lo que nos hace más fuertes para enfrentar los retos de la vida.

Finalmente, aunque parece un hecho comprobado que la soledad de las personas mayores está directamente relacionado con la menor densidad y calidad de sus redes, entre nuestros participantes tener hijos no guarda relación con la Soledad o aislamiento social, porque probablemente lo que importa no es el tamaño de la red, la cantidad de amigos o familiares, sino la calidad de la relación y la interacción. Quizás la familia no protege tanto de la soledad como tu grupo etario, porque tiene menos referentes que compartir. Los participantes de nuestro estudio están favorecidos en relación a sus interacciones sociales dado que comparten espacios, contactos y relaciones con personas mayores en su misma situación, lo que les alivia de los posibles sentimientos de soledad.

En cuanto a tener Nietos, hemos comprobado que se relaciona significativamente también con mayores niveles de Apoyo social afectivo, Propósito de vida, Satisfacción con la vida futura, Autocuidado interno y Autocuidado social (cuidar las interacciones y relaciones sociales). No se hallaron tampoco asociaciones entre el número de nietos y los niveles de Soledad y Aislamiento percibido.

Las asociaciones entre tener nietos y el Bienestar o Satisfacción difieren respecto al número de hijos, pues se asocia con componentes diferentes. Tener nietos tiene algún matiz diferencial con el hecho de tener hijos, pues para este grupo de personas mayores, los nietos constituyen un factor importante para su satisfacción vital futura, y un motivo importante para dar significado y propósito a su vida. El rol de abuela/o se trata de un rol gratificante para muchas personas mayores y las personas que son abuelos/as tienen la sensación positiva de vivir vidas productivas, con sentido y que valen la pena, es decir, una sensación positiva de crecimiento personal que les ayuda sentirse activos y útiles. Ser abuelo puede ser satisfactorio porque proporciona significado, sentido y propósito a la vida y, al mismo tiempo, la sensación de ser valorados cuando las necesidades de desarrollo generativo son mayores.

Por último, y a pesar de que aproximadamente casi la mitad de los participantes todavía tenía a algún progenitor vivo, nuestros resultados mostraron que tener todavía a los padres

mayores vivos no se asoció con ningún indicador de envejecimiento exitoso: ni con Apoyo social, ni Red social ni con Bienestar Psicológico, ni Satisfacción con la vida, Salud percibida, Depresión, Autocuidado, Soledad o Aislamiento social. A estas edades, y para muchas de las personas mayores de esta generación, es común la tarea de auxiliar a sus progenitores con edades ya muy avanzadas y posiblemente con problemas de dependencia. Esta circunstancia puede afectar tanto la vida familiar como personal de los proveedores de apoyo, creándose diversas situaciones ambivalentes y conflictos que pueden perjudicar el bienestar tanto psicológico como social. Cabe la posibilidad de que cumplimiento de la norma filial de brindar atención parental, chocaría con otros intereses y responsabilidades que los hijos mayores aspirarían a desarrollar durante su vejez, generándose situaciones ambivalentes y conflictos que podrían afectar negativamente a su propio envejecimiento exitoso.

Las relaciones familiares constituyen uno de los tipos de relaciones sociales más comunes entre las personas mayores. Las personas que integran la familia establecen vínculos a partir de los cuales se intercambian experiencias vitales, actividades, conocimientos, recursos, ayuda mutua, protección, seguridad y bienestar. La función afectiva de la familia es muy importante, amplia y compleja. Y la red familiar constituye un gran recurso para muchas personas mayores porque el apoyo y seguridad que proporciona, les puede ayudar a reducir los niveles de estrés y a aumentar la resiliencia para afrontar positivamente su proceso de envejecimiento. Nuestros resultados destacan el papel que las redes familiares, como estructuras básicas de la sociedad, tienen en el logro del envejecimiento activo, saludable y exitoso.

### **Frecuencia de contacto con la red familiar y envejecimiento con éxito**

A la hora de examinar la red familiar, en este estudio se ha optado por analizar la proximidad afectiva de los contactos familiares y su relación con el envejecimiento satisfactorio. Se sabe que las redes densas, cuyos miembros se encuentran próximos físicamente, ofrecen más apoyo emocional porque tienden a tener más interconexiones y contacto, y también mayor grado de intimidad, apego e implicación emocional. El análisis de la frecuencia con la que la persona mantiene contacto con los miembros familiares, nos ha permitido entender cómo son estas conexiones y comprender ciertos patrones estructurales de organización de las redes familiares en las personas mayores de esta generación, tales como el tipo de contacto (hijos, nietos o padres vivos) y la calidad de las relaciones familiares medida por la frecuencia de contacto (diaria, semanal, mensual, anual o nunca). Además de

comprobar que existen niveles de relación entre las características de la red familiar y el desarrollo de un envejecimiento activo y saludable.

Entre las personas mayores que han participado en esta investigación, el mantenimiento de contactos más frecuentes sucede con los Hijos, seguido por los Nietos y el padre o la madre, por ese orden. Las mujeres informaron de contactos más frecuentes con su red familiar, siendo el contacto diario más usual entre ellas.

Se ha visto que, a mayor contacto con los Hijos (más frecuente) se asocia con una Red Social mayor, mayor Autocuidado social e interno y menor percepción subjetiva de Soledad o Aislamiento social. Hemos comprobado que el contacto más continuo y regular con los Hijos, implica una mayor percepción de integración social o tamaño de red social. Y aunque no se han encontrado asociaciones significativas específicas con apoyo social, no obstante la frecuencia de contacto con los Hijos es una condición importante en la percepción de la disponibilidad de apoyos en caso de necesitarlo y puede constituir un factor de protección frente al aislamiento y facilitar la integración social. Además, a mayor frecuencia de contacto con los Hijos, mayor es la asunción de comportamientos para el Autocuidado social e interno. Es decir, mantener regularmente los vínculos con los hijos es un factor que propicia la asunción de conductas y actitudes que permiten equilibrar la mente, las emociones o pensamientos y mantener relaciones sociales sanas y de calidad con los demás. Ambos, se tratarían de importantes recursos psicológicos que les capacitaría para afrontar positivamente el envejecimiento, dado que, probablemente, aquellos que reciben el apoyo de sus hijos regularmente es posible que se autovaloren más y tengan mejor autoestima, lo que a su vez, les incentiva a cuidar de sí mismos mediante estilos de vida más saludables y alentando el optimismo.

La frecuencia de contacto con los Hijos parece ser también un correlato importante para percibir menos Soledad. De este modo, las personas que mantienen un contacto frecuente con sus hijos (al menos una o dos veces por semana) se sienten menos solos que aquellos que tienen un contacto menos frecuente o ningún contacto en absoluto. Por otro lado, destaca la ausencia de relaciones entre el contacto con Hijos y el Bienestar y la Satisfacción con la vida. Es decir, este resultado nos sugiere que para las personas mayores es más relevante para su satisfacción vital el mantener relaciones de calidad con sus hijos que una mayor frecuencia de contacto con ellos.

En cuanto al contacto con los Nietos, indicar que entre los participantes en este estudio y que han indicado que tienen nietos, son muchos los que ven a sus nietos con frecuencia: casi el 70% los ve semanalmente o diariamente. En general, la relación entre los abuelos y los nietos implica unos vínculos afectivos muy fuertes e importantes. Aunque hay ciertas diferencias de sexo, como que las abuelas informan de contactos más frecuentes con sus nietos que los abuelos, siendo este contacto principalmente a diario.

Hemos observado que a mayor contacto con los Nietos, mayor es la percepción de Red social, Autoaceptación, Satisfacción con la vida pasada y presente y mayor Autocuidado, especialmente interno y social. Por tanto, y a diferencia de lo que sucede con el contacto con Hijos, el contacto más frecuente y continuado con los nietos sí que mostró relaciones significativas con varios aspectos del Bienestar y la Satisfacción con la vida, y también, al mismo tiempo, el contacto o más bien la ausencia de contacto, no se asoció con el sentimiento subjetivo de Soledad o aislamiento social.

Hemos mostrado que los abuelos y abuelas que se relacionan más frecuentemente con sus nietos, perciben mayor integración social que aquellos cuyo contacto es más distante en el tiempo. Sugiriendo que el contacto frecuente favorece que las relaciones con otras personas también crezcan, es decir, potencia la flexibilidad y la empatía hacia los otros. Al mismo tiempo, a mayor contacto entre abuelos y nietos, mayor es la satisfacción vital, fundamentalmente en su dimensión presente. Además, cuanto más frecuente es el contacto, mayor es el nivel de Autoaceptación o autovaloración, lo que implica tener una actitud más positiva hacia uno mismo. Este hallazgo puede sugerir que la relación con los nietos proporciona a las personas mayores una variedad de experiencias positivas, incluyendo un sentido de cercanía emocional, que favorecen los lazos generacionales que unen a los miembros de la familia, la solidaridad social y la satisfacción personal de cumplir las expectativas normativas y de rol. Por otro lado, tener contacto con los nietos y cuidar de ellos, también les ayuda a cuidar de sí mismos, propicia mantener una buena forma física y adoptar estilos de vida más saludables a nivel social e interno, favoreciendo la salud mental.

Actualmente los abuelos, en todas las culturas y épocas, cumplen un papel fundamental en las familias y en la crianza de los niños, y esto es así debido a condicionamientos socioculturales, principalmente, tales como la situación económica o la dificultad para conciliar la vida laboral y familiar de los padres. Los abuelos son una importante fuente de apoyo y de gestión en muchas acciones del día a día, pero sobre todo, son una fuente de apoyo

emocional para sus nietos. Nuestros resultados ofrecen evidencia de que el contacto frecuente con los nietos es una importante fuente de satisfacción y de autorrealización para la mayoría de los participantes de nuestro estudio, pues les ayuda a que se sientan bien psicológicamente, con mejor autoestima, les hace sentirse útiles y activos, y favorece la percepción que tienen de sí mismos, el funcionamiento óptimo y la madurez.

Finalmente, hemos observado en cambio que, un mayor contacto con sus progenitores que todavía viven, implica la percepción de menor apoyo social afectivo y de más sintomatología depresiva. Indicando que, en estas edades, y siendo probablemente los padres muy mayores y por tanto, con mayores probabilidades de necesitar cuidados, empiecen a suponer una carga para las personas que han participado en esta investigación, lo que se torna en una percepción de menor apoyo, especialmente en su dimensión afectiva (demostraciones de amor, cariño y empatía). Y debido a la posibilidad de interpretar la situación como estresante, además pueden experimentar mayores síntomas depresivos.

Actualmente, las demandas adaptativas que genera la jubilación, junto con la recomendación de envejecer activa y saludablemente, ha calado hondo en la conciencia de muchas de las personas de esta generación, las cuales, cada vez más, asumen desafíos y exigencias que muchas veces pueden entrar en competencia con las que pueda demandar el cuidado de un padre o una madre de edad muy avanzada. A veces, cuando los padres ancianos han de enfrentarse a problemas de salud y dependencia, los hijos mayores (especialmente las hijas), ya jubilados/as, están cuidando también a sus propios nietos o bien apoyando a sus parejas e incluso, muchas veces, tienen otras expectativas vitales, que provocan que esta situación pueda hacerse difícil para ellos y generar sentimientos ambivalentes respecto a ello. En este sentido, los patrones de respuesta de las personas mayores de nuestra muestra revelan también la estructura ambivalente de las relaciones intergeneracionales. Es decir, que a pesar de la alta consideración hacia sus padres, esta discrepancia indicaría que las personas ayudan a sus padres mucho más de lo que realmente les gustaría y que, por tanto, chocaría con su mayor esfuerzo por preservar su propia autonomía, independencia o su vida personal y, posiblemente también por sus recursos limitados (trabajo, familia), circunstancia que a su vez repercutiría en menores niveles de bienestar personal. Es decir, probablemente el cumplimiento de la norma filial chocaría con otros intereses y responsabilidades que los hijos aspirarían a desarrollar en esta etapa vital, generándose situaciones ambivalentes y conflictos producto de la entrega de apoyo a sus progenitores.

### **Cuidado a familiares dependientes y envejecimiento con éxito**

En la actualidad, muchas personas mayores vienen realizando una labor silenciosa que, frecuentemente, es poco o nada reconocida socialmente. Se trata de la dedicación de su tiempo al cuidado y a la atención de otras personas. Generalmente, los destinatarios de esta ayuda son miembros de las propias familias, y no sólo de edades inferiores, sino también de la misma edad (cuidando de su cónyuge o pareja) o edades superiores (cuidando de sus padres que ya han rebasado los noventa años de edad en muchos casos). El 27.8% de los cuidadores informales de nuestra muestra que realizan una labor asistencial a familiares dependientes, informaron de una frecuencia de dedicación prácticamente diaria en dicha tarea.

Nuestros resultados han determinado que el Cuidado a familiares dependientes influye significativamente en los Recursos Sociales, en los niveles de Bienestar Psicológico, Satisfacción con la vida y en la Salud. En concreto el efecto que ejerce el Cuidado de personas dependientes sobre los Recursos Sociales se debe principalmente a la Red social, es decir, afecta a la percepción de los vínculos sociales existentes. Así, las personas que no son cuidadoras perciben menos vínculos, y por consiguiente, una red social más pequeña y mayor grado de aislamiento social. Por el contrario, las personas que cuidan más frecuentemente (es decir, prácticamente a diario), sienten que están más integrados socialmente, percibiendo un tamaño mayor de red social y la existencia de más vínculos sociales y disponibilidad de apoyo social. Se resalta la importancia que la percepción de un mayor tamaño de red puede suponer para las personas que son cuidadoras, pues puede ser un factor importante para su bienestar, porque implícitamente se asocia con una mayor disponibilidad de apoyos, el cual constituye una variable moduladora o un medio para aminorar los efectos del estrés y paliar la sobrecarga subjetiva derivada de esta tarea: si la persona cuidadora tiene los recursos adecuados y unos buenos mecanismos de adaptación, es probable que pueda vivir también los aspectos gratificantes de dicha experiencia.

Hemos comprobado, principalmente, que el cuidado de familiares dependientes influye en los niveles de Satisfacción vital y Bienestar. Por un lado, las personas que cuidan a diario y de forma continuada presentan niveles mayores de Satisfacción con la vida en general y en todas sus dimensiones temporales, siendo el efecto del cuidado mayor para la Satisfacción con la vida presente, es decir, en la actualidad. Y, por otro lado, los cuidadores/as tienen niveles más altos de Autoaceptación que aquellos que nunca cuidan, son más positivas y tienen mejor autoestima. Además, las personas que cuidan ocasionalmente y no de una forma tan intensa,

obtienen niveles más altos en Propósito de vida, encontrando un mayor significado y sentido a la vida, y son más capaces de establecer metas y objetivos para dar dirección u orientación a su vida.

Adicionalmente, nuestros datos muestran que el cuidado de personas dependientes influye en los comportamientos de Autocuidado. En este sentido, los cuidadores que ayudan a otros con frecuencia, realizan en mayor medida prácticas, actitudes y comportamientos para cuidar de sí mismos, de su salud o bienestar. En concreto en lo referente a su Autocuidado social e interno, pues en ambos casos los cuidadores que cuidan a diario, implementan en su vida diaria más comportamientos que se asocian con el mantenimiento del equilibrio mental y emocional (Autocuidado interno) y el mantenimiento de las relaciones o vínculos sociales (Autocuidado social).

En este contexto de cuidado, es cuando el Autocuidado personal puede ser un determinante importante del envejecimiento saludable y exitoso en personas mayores cuidadoras, puesto que cuidar de uno mismo es la mejor manera de estar preparado y de mejorar nuestras capacidades para poder cuidar apropiadamente de las necesidades del otro. En otras palabras, cuidarse permite a las personas mayores encontrarse en una mejor disposición física y mental para realizar las tareas de cuidado y tener la suficiente fortaleza o la capacidad de afrontar los muchos problemas que supone el cuidar a un familiar dependiente. De este modo, el Autocuidado interno es un recurso adaptativo, un comportamiento proactivo, que ayuda a enfrentar el cuidado de una forma más positiva, al permitir controlar y/o gestionar los pensamientos erróneos, como la depresión y la peor salud percibida que muchas veces están asociados a la sobrecarga y al estrés continuado. En este sentido, sugerimos que quizás, tanto las creencias de autoeficacia (o la confianza en uno mismo) como el Sentido de Coherencia (rasgo de personalidad que permite la solución de problemas de forma adaptativa), pueden significar un importante recurso de Autocuidado interno para afrontar especialmente las situaciones de cuidado intenso y continuado, porque afectarían a la motivación y al compromiso influyendo en el nivel de estrés percibido o sobrecarga.

Los resultados obtenidos han mostrado también que el cuidado informal a otros afecta a la Soledad social, es decir, las personas que nunca cuidan de familiares sienten mayor soledad social que las que realizan dicha tarea con mayor frecuencia. La soledad social involucra la no pertenencia a un grupo o red social que proporcione un sentido de pertenencia. Es decir, es la

soledad causada por el hecho de no compartir preocupaciones, trabajo u otra actividad con otros. Así, es posible, que la pérdida o bien la ausencia de personas de confianza (ya sea por la pérdida de dicho familiar dependiente o la carencia de vínculos sociales significativos), y también por el hecho de no sentirse útil ayudando a otros, puede ser una de las principales explicaciones o causas del sentimiento de soledad en este grupo de población que no son cuidadores.

No obstante, hay que tener presente que las personas mayores que han participado en esta investigación, no son un grupo de personas cuidadoras que se dedican íntegramente y exclusivamente al cuidado de familiares dependientes. Por el contrario, participan activamente en otros contextos, en espacios educativos y culturales, que les posibilita mantener relaciones sociales con otros en las aulas o grupos. Este hecho favorece que amplíen su red social más allá del ámbito doméstico o familiar y les brinda la oportunidad de compartir, estar informados y asesorados respecto a su situación de cuidadores, así como de la posibilidad de desconectar y evitar el estrés o sobrecarga asociada al cuidado intensivo. La participación en la educación continua desempeña un papel particularmente importante en la vida de una persona que envejece y que es cuidadora, pues tiene la posibilidad de compaginar el cuidado con otras actividades enriquecedoras y de crecimiento personal que se asocian con el logro del envejecimiento con éxito. Lo que favorece el mantenimiento de una actitud positiva ante el cuidado, percibiéndolo como una oportunidad más para su crecimiento personal que les permite sentir una sensación de logro o satisfacción al realizar esta labor, vinculando así el cuidado a la tarea de la generatividad.

Básicamente, los resultados obtenidos en esta investigación resaltan los aspectos positivos que implica el cuidado para las personas mayores que han participado en este proyecto y que además cuidan de algún familiar dependiente, pues éstos no experimentan sobrecarga a pesar de que ejercen dicha tarea de manera continuada. Las personas mayores cuidadoras de nuestro estudio expresaron su satisfacción con la vida y están tan o más satisfechos como los que no cuidan, lo que puede explicarse por su capacidad de adaptarse a las dificultades y crear estrategias para superar los problemas o desafíos. Son capaces de lidiar bien con las tareas del cuidado, sin sentirse oprimidos y sobrecargados, así como la percepción de que se benefician cuidando a los demás, en términos de aprendizaje y confianza en uno mismo. Es el cuidado generativo, es decir, el comportamiento generativo expresado mediante el cuidado, a través del cual los cuidadores pueden creer, pensar y sentir que sus

vidas son significativas y gratificantes y que el cuidado de otros implica oportunidades para pertenecer, hacer una contribución y ayudar a otros. Puede promover el bienestar y las autoevaluaciones positivas, aumentar su propósito de vida y la aceptación de sí mismos al tener la sensación de hacer algo con sentido. Por lo tanto, ¿es el cuidado informal un camino hacia el envejecimiento significativo y satisfactorio?; En este caso destacamos el cuidado generativo como un componente importante para el logro de un envejecimiento activo saludable y exitoso.

### **Cuidado de nietos y envejecimiento con éxito**

Uno de los objetivos de este trabajo fue el de analizar si el cuidado de los nietos por parte de los abuelos influye en el desarrollo de un envejecimiento exitoso y satisfactorio. Hemos observado que este tipo de cuidado contribuye principalmente a la Satisfacción con la vida y al Bienestar Psicológico y a la percepción global de Salud. Por el contrario, brindar atención a los nietos no influye en la percepción de Recursos Sociales ni tampoco en la Soledad o Aislamiento social.

Hemos constatado que la atención auxiliar que brindan los abuelos a sus nietos, es una importante fuente de satisfacción para la mayoría de las personas mayores de nuestro estudio. El cuidado de los nietos, especialmente cuando hay una mayor implicación, afecta significativamente en el nivel de Satisfacción vital (especialmente en su dimensión presente). Constituyendo más una fuente de emociones positivas que una carga o responsabilidad estresante: a mayor frecuencia en el cuidado (sobre todo si esta atención era diaria), mayor es la satisfacción con la vida que cuando la atención era más dispersa en el tiempo y menos continuada. Para las personas mayores se trataría por tanto, de un acto gratificante y placentero que les proporciona sobre todo satisfacción, sensación de vitalidad, dinamismo, optimismo, amor, actividad, aprendizajes, nuevas experiencias, etc., es decir, una oportunidad para establecer una relación afectiva gratificante.

En relación al Bienestar Psicológico se descubrió que el cuidado diario (habitual, frecuente y continuo), influye en el Propósito de vida: lo que supone mayores niveles de Propósito de vida para los abuelos y abuelas que realizan esta tarea diariamente frente a los que no son cuidadores. El Propósito de vida se trataría de un componente del Bienestar Psicológico asociado a la motivación para actuar y para desarrollarse, que se relaciona con la sensación de tener un objetivo en la vida, de marcarnos metas y el de llevar un rumbo que

permitan dotar a nuestra vida de un cierto sentido. En este sentido, cuidar a los nietos y las obligaciones que conlleva, se convierte en una fuente de motivación para los abuelos y abuelas, porque les incentiva para seguir viviendo, sienten que su vida es útil, valiosa y que tiene un propósito o significado. Significaría un importante recurso psicológico que contribuiría a obtener resultados positivos derivados del cuidado, minimizando el estrés de los cuidadores al promover las ganancias del cuidado (recompensas de la prestación de cuidado), tales como el bienestar positivo (por ejemplo, la satisfacción con la vida). De este modo, el cuidado generativo, en este caso el cuidado de los nietos como expresión de generatividad intergeneracional, puede mejorar las percepciones del propósito en la vida y contribuir así al envejecimiento exitoso.

Probablemente, nuestro principal hallazgo es la relación existente entre el cuidado de nietos y las conductas de Autocuidado, en particular, con el Autocuidado interno y social. Aportando evidencias de que el cuidado regular de los nietos por parte de los abuelos/as, implica una mayor implementación de comportamientos relacionados con el cuidado de uno mismo y promotores de la salud. Para los participantes de nuestro estudio, el cuidado frecuente y diario, les incentiva a adoptar comportamientos, conductas, hábitos y actitudes saludables que les ayuda a mantener en armonía su salud, su equilibrio mental y emocional para afrontar los retos y tensiones de la vida. También, les posibilita establecer relaciones sociales satisfactorias con otros en mayor medida que aquellos que no cuidan de nietos, porque son más capaces de construir relaciones fuertes con los demás, lo que redundaría, a su vez, en el desarrollo de un envejecimiento más saludable y positivo. Por lo tanto, sugerimos que el Autocuidado es un importante recurso que se asocia con el logro de un envejecimiento exitoso.

Por otro lado, subrayar la ausencia de efectos del Cuidado de nietos sobre los niveles de Depresión y Salud percibida, que quizás pueda tener relación con el subgrupo social que se estudie y las causas por las que se cuida (por altruismo u obligación), dado que son factores que pueden influir también en los resultados. En este caso, gran parte de las personas analizadas, no son representativas del total de la población mayor, más bien son un perfil de personas mayores envejecientes exitosos, caracterizados por un alto nivel de participación, compromiso social y nivel educativo, con disponibilidad de suficientes recursos de todo tipo y cuya media de edad es bastante joven, por lo que su salud todavía es buena y el hecho de

cuidar con más frecuencia todavía no les acarrea consecuencias adversas en su salud, más bien todo lo contrario.

Destacar además la ausencia de efectos que el Cuidado de nietos ejerce en Recursos Sociales, el cual, a priori, se trataría de un recurso que protegería frente al estrés y la sobrecarga que implica en ocasiones cuidar de los nietos pequeños. No obstante, a nivel individual y univariado, el Cuidado de nietos influyó sobre la Red Social y el Apoyo social afectivo: aquellos que nunca cuidaban de sus nietos percibieron una red social de menor tamaño y menos apoyo afectivo (amor, cariño, empatía), que aquellos que prácticamente cuidaban a diario. Sugiriendo que probablemente, los abuelos/as más implicados en el cuidado de sus nietos se sienten también más satisfechos con el apoyo emocional de familiares y amigos y perciben mayor integración social. Mientras que los que no cuidan, ya sea porque no tienen nietos o bien porque no tienen contacto con ellos, sucedería lo contrario.

Finalmente, hemos observado que el Cuidado de nietos no afectaba a la sensación de Soledad o aislamiento social: cuidar con mayor o menor frecuencia de los nietos no influía en los niveles de Soledad entre los participantes. Tan solo hubo diferencias significativas entre las personas que cuidan a nietos varias veces a la semana frente a los que nunca cuidan en el componente Conexión Social de la escala UCLA-3. En este sentido, las personas mayores que brindan cuidados, aunque sean ocasionales y menos regulares en el tiempo, experimentaron menos soledad debida a la ausencia/pérdida de conexiones sociales, es decir, informaron de una red social satisfactoria y de menos sentimientos de soledad. De este modo, un mayor contacto con los nietos y sobre todo, el poder cuidar de ellos regularmente, otorga a los abuelos un papel protagonista en la dinámica de la familia que les hace sentirse útiles e imprescindibles para el buen funcionamiento de la misma, aumentando su autoestima y dejando de lado la sensación de soledad.

El cuidado de nietos es una experiencia muy generalizada en el envejecimiento. El aumento de la longevidad y el aumento del número de personas mayores han provocado la extensión de la edad de jubilación en muchos países y, al mismo tiempo, la falta de políticas de conciliación familiar, así como las medidas de austeridad y los recortes de los servicios públicos, han propiciado la expectativa de que las personas mayores llenen el vacío de atención y como consecuencia de ello, muchos abuelos y abuelas deben cuidar de sus nietos mientras los padres trabajan. Nuestros datos corroboran que el cuidado de los nietos puede contribuir significativamente en el logro del envejecimiento activo y saludable o exitoso,

puesto que los abuelos/as también se beneficiarían de dar y recibir amor o atenciones de sus nietos, como tener un mayor significado y propósito de vida y sentir mayor satisfacción vital. Además, hemos visto que estas relaciones cercanas y los sentimientos de ser necesarios en la vejez son importantes para su propio autocuidado personal y para mantener la salud o bienestar. Se trataría de una segunda oportunidad en la vida para nutrir las relaciones familiares y continuar las historias familiares, para recibir y dar amor y compañía.

La generatividad en la vejez y en concreto el cuidado generativo, particularmente en relación a las generaciones más jóvenes, podrían ser también una importante fuente de bienestar en las últimas décadas de la vida y constituye un relevante ingrediente del envejecimiento exitoso, porque no solo hay que tener en cuenta su considerable valor social (económico y no económico), sino también hay que incluir en las evaluaciones que realizan sobre su propio envejecimiento activo, saludable y exitoso, la contribución que realizan muchas personas mayores en las familias mediante las actividades de cuidado (como la prestación de servicios de cuidado infantil), porque probablemente tendrá implicaciones importantes en la salud y el bienestar, sobre todo para aquellos que tienen menos recursos y para aquellos con una excesiva implicación en el cuidado.

### **Interacción del Sexo con la Edad y envejecimiento con éxito**

En esta muestra de personas mayores no se ha podido demostrar la existencia de efectos de interacción del Sexo y la Edad en los indicadores de envejecimiento activo, saludable o con éxito, es decir, en Apoyo social, Red social, Satisfacción con la vida, Bienestar Psicológico, Salud percibida, Depresión, Autocuidado, Soledad y Aislamiento social. Estos indicadores no difieren entre hombres y mujeres en función de los distintos tramos de edad.

En general, resulta llamativa la poca capacidad explicativa que la combinación de estas dos variables (sexo y edad) tienen sobre el envejecimiento exitoso, lo cual lleva a plantearse que quizá existan variables de mayor peso en este constructo psicológico. Nuestro resultado, difiere de las investigaciones en donde han aparecido efectos de interrelación entre el Sexo y la Edad, y en donde se resaltan diferencias de sexo en las personas mayores en su bienestar y en el logro de un envejecimiento exitoso. Probablemente, la mayoría de las veces, las desigualdades entre sexos en el envejecimiento, ya sea éste exitoso o no, se puedan explicar por las desigualdades estructurales (o de clase social) presentes en la sociedad. Sobre todo parece ser determinante en el origen de estas desigualdades entre sexos a lo largo del ciclo

vital, y en particular durante el envejecimiento, el nivel socioeconómico y el nivel educativo. Siendo que las desigualdades y desventajas son mayores para las mujeres en muchas sociedades especialmente en aquellas menos desarrolladas y con menos igualdad de género, en donde los roles de género son más tradicionales (como el mayor riesgo de enviudar, la desventaja económica, el menor logro educativo, menor status de empleo, sufrir problemas de salud y discapacidad, depresión, etc.).

Por lo tanto, en nuestro contexto socio cultural, el logro del envejecimiento exitoso es bastante similar para ambos sexos y es probable que esta brecha de género junto con la mayor vulnerabilidad de las mujeres, poco a poco se vaya reduciendo en las próximas generaciones de personas mayores, porque tal y como varios expertos sugieren, estas diferencias entre sexos se relacionarían mucho más con el acceso diferencial a los recursos, como consecuencia de las desigualdades sociales entre sexos en cuanto al nivel educativo, económico y el estado de salud y que históricamente las mujeres han vivido con mayor frecuencia.

Sugerimos que quizás la ausencia de diferencias de sexo según se avanza en la edad, pueda ser debida también a la subscripción de roles de género más igualitarios que se está produciendo cada vez más en la mayoría de las sociedades occidentales en todas las edades. La igualación entre sexos se está produciendo por la progresiva “masculinización” de los roles femeninos. Aunque, al mismo tiempo, las personas en edades maduras y avanzadas experimentan una preponderancia creciente de aquellos otros hasta ahora considerados “femeninos”. Por lo tanto, es posible que entre los hombres y mujeres mayores puede haber menos diferencias porque con la edad hay menos distinciones de roles. Sobre todo, esta reducción de las diferencias de sexo con la edad en el envejecimiento exitoso esté motivada por los cambios de roles más profundos y en las identidades de género que experimentan en mayor medida los hombres en esta etapa vital, y que reflejan las experiencias vitales de la actual generación de personas mayores, tal y como apuntan ciertas investigaciones.

Nuestros hallazgos complementan estudios previos al adoptar un enfoque de interseccionalidad que ayuda a comprender mejor las desigualdades en el envejecimiento y el bienestar. Aportando además, la visión de un grupo de personas mayores con un perfil exitoso en el desarrollo de su envejecimiento que difiere del perfil típico de otros grupos de personas mayores de la población general, siendo su principal aportación la de centrarse en los efectos de interacción del sexo y la edad, dado que siguen existiendo vacíos significativos en el conocimiento sobre las diferencias de género, y es posible que los efectos de la edad y de la

cohorte se confundan. En este sentido sería de gran interés obtener muestras de personas mayores de estratos sociales o con historias de vida diferentes, y completar los análisis que hemos efectuado con técnicas de tipo cualitativo, como entrevistas en profundidad, para así poder comparar en qué medidas o variables se dan tales diferencias.

### **Interacción del Sexo con el Estado Civil y el envejecimiento con éxito**

No se han encontrado efectos de interacción de primer orden entre el Estado Civil y el Sexo en los indicadores de envejecimiento con éxito evaluados. Aunque sí que se detectaron patrones de interrelación significativos entre el Sexo y el Estado Civil en algunas variables dependientes como Red social, Satisfacción con la vida presente y Autocuidado social.

Hemos observado un efecto de interrelación del Sexo y el Estado Civil en el nivel de integración social o Red social: tanto las mujeres que estaban casadas como las que no lo estaban percibieron un tamaño de Red social mayor que los hombres casados y los no casados. Y a su vez, entre los hombres, los casados informaron de una Red social mayor que aquellos que no tenían una pareja sentimental, es decir, solteros, divorciados y viudos. En general, las mujeres sienten que están más integradas socialmente y perciben más vínculos sociales independientemente de su estado civil. En cambio, para los hombres esto es así solo para los casados. El Estado Civil, y en particular el estar viudo, separado, divorciado o soltero, tuvo un impacto significativamente mayor en la percepción de redes sociales más pequeñas entre los hombres. Este resultado aportaría evidencias que sostienen la hipótesis de que el apoyo social fuera de la relación conyugal pueda ser más importante para las mujeres que para los hombres y que por el contrario, el matrimonio beneficiaría o influiría más en el bienestar en los hombres que en las mujeres. Porque, en el caso de los hombres, es el cónyuge o su pareja la que generalmente es el mayor proveedor de apoyo en la vejez, de manera que una vez que han enviudado es menos probable que compensen la pérdida estableciendo nuevas relaciones con otras personas.

Además, en nuestros datos se observaron efectos significativos de interacción entre el Sexo y el Estado Civil en la dimensión presente de la Satisfacción con la vida: los hombres casados sentían mayor Satisfacción con la vida en el momento presente que las mujeres casadas. Y en cambio, los hombres que no estaban casados presentaron niveles inferiores de Satisfacción con la vida que los casados en el momento actual y viceversa. Si bien, este resultado es difícilmente generalizable dado que la gran mayoría de los participantes eran por

un lado mujeres (68%) y por otro, estaban casados (73.2%), circunstancia que quizás ha propiciado, la existencia de pocos casos en la categoría de hombres no casados (separados, divorciados, solteros o viudos). Esta infrarrepresentación muestral en esta categoría, es una característica que probablemente haya condicionado los resultados obtenidos. No obstante, tanto para los hombres como para las mujeres, el estar casado parece ser una variable determinante para una elevada satisfacción vital, y la presencia del cónyuge es fundamental en la vejez por ser uno de los principales dadores de apoyo junto a los hijos, de ahí podría derivarse que las personas casadas tengan una mayor percepción de satisfacción vital.

En resumen, nuestros resultados sugieren que las diferencias de sexo en Satisfacción con la vida, están mediadas por otras variables contextuales, siendo el Estado Civil más determinante para los hombres en sus niveles de bienestar y satisfacción vital. Resultado que es congruente con las investigaciones que afirman que los hombres y mujeres de edad avanzada tienen diferentes fuentes de satisfacción: la salud y los síntomas depresivos se relacionaría más con la satisfacción con la vida en las mujeres, mientras que el estado civil se asociaría significativamente más con la satisfacción con la vida entre los hombres. Además, podría indicar que las diferencias de sexo/género se revelan mucho más fuertemente dentro de categorías específicas de Estado Civil y que los eventos como el divorcio, la separación o la viudedad tienen un impacto más perturbador en los hombres que en las mujeres. Es posible que las mujeres pueden adaptarse mejor a determinadas transiciones vitales (como la viudez) que los hombres, porque al contar con redes sociales más diversas, de mayor tamaño y contactos sociales más frecuentes, disponen de mayores recursos de apoyo social para afrontar los cambios que puedan aparecer en esta etapa de la vida que los hombres.

Tampoco hemos observado efectos multivariados de interacción significativos entre el Sexo y el Estado civil en el grupo de variables que miden la Salud. Tan solo hay una interrelación de ambos factores en la dimensión de Autocuidado social: los hombres casados realizan más comportamientos relacionados con el Autocuidado social que el resto de grupos. Es decir, la implementación de comportamientos destinados a mantener y establecer relaciones sociales satisfactorias fuera de su vínculo familiar y matrimonial, posiblemente porque sus esposas sean un puente o el vehículo para el establecimiento de nuevas redes sociales que a su vez, les puede brindar un mayor apoyo social. En este sentido, los hombres casados se sienten más integrados socialmente y promueven en mayor medida actitudes y conductas para mejorar sus relaciones sociales.

Finalmente, tampoco se han registrado efectos significativos de interacción entre el Estado Civil y el Sexo en la Soledad y Aislamiento social. Quizás la ausencia de interacción en nuestra muestra sea debida porque en esta categoría social (personas no casadas y que no viven en pareja) había muy poca representación muestral tanto de hombres como de mujeres, pues como ya hemos indicado, la mayor parte de los participantes estaban casados, y además tenían una media de edad bastante joven (63 años aproximados), y es probable que en esta franja de edad todavía no hayan perdido a sus parejas, circunstancia que es más probable que ocurra en las mujeres mayores según señalan las estadísticas. Es decir, no se trataría de un grupo especialmente vulnerable a experimentar sentimientos de soledad porque presentan características diferenciales con respecto al resto de la población general de personas mayores, entre ellas, la de envejecer exitosamente, con buena salud general y con niveles bajos de sintomatología depresiva y de soledad, lo que les permitiría mantener una alta participación social favoreciendo así, sus interacciones sociales, el establecimiento de contactos sociales y la percepción de apoyo social, que a su vez redundaría en menos sentimientos de soledad.

Los cambios en las perspectivas tradicionales sobre los roles de género que se han ido instaurando en la sociedad paulatinamente, pueden significar que menos mujeres pertenecientes a cohortes más jóvenes de personas mayores, se sientan estresadas por los roles tradicionales (domésticos y de cuidado), de modo que el Estado civil y la convivencia en pareja sea menos determinante en los niveles de satisfacción experimentados para ellas tal y como hemos comprobado. Consideramos que los roles tradicionales femeninos junto con las normas patriarcales, que atribuyen a las mujeres el cuidado cotidiano de los miembros del hogar, y los roles masculinos, que asignan a los hombres el papel de proveedor, se hallan en la base del desequilibrio en las relaciones desiguales entre sexos en relación al logro del envejecimiento exitoso.

### **Interacción del Sexo con la Situación Laboral y el envejecimiento con éxito**

No aparecieron efectos de interacción entre el Sexo y la Situación Laboral en los indicadores analizados, es decir, que según la condición laboral e independientemente de si se es hombre o mujer, no afectaba en la percepción de Recursos Sociales, Satisfacción con la vida, Bienestar Psicológico, Salud, ni tampoco en los niveles de Soledad o Aislamiento social.

No obstante, hay que resaltar que en el indicador Red Social hay un efecto de interacción marginal entre la Situación laboral y el Sexo, si bien la magnitud del efecto es bastante pequeña. Las mujeres que trabajaban percibían una Red Social mayor que los hombres que trabajaban y, los hombres que se dedicaban a las tareas domésticas indicaron mayor Red social que las mujeres que también eran amas de casa. Si bien, los resultados no se pueden generalizar, básicamente porque hay muy poca representación muestral en la categoría hombres y “amos de casa”, de modo que en posteriores estudios quizás habría que tener en consideración esto. Quizás, con una muestra mayor donde haya una mayor representatividad masculina en la categoría de “Amas de casa”, sea posible detectar interacciones significativas en otros indicadores relacionados con el envejecimiento con éxito.

Hemos visto que en nuestro estudio, no se detectaron estos patrones diferenciales por sexo en relación a la situación laboral con respecto al funcionamiento exitoso en general, solo sutiles diferencias entre hombres y mujeres mayores que permanecen en el mercado laboral, y por tanto aún trabajaban, y entre hombres y mujeres que se dedicaban exclusivamente a las tareas domésticas únicamente en cuanto a su percepción del tamaño de su Red social. Así, aquellas mujeres que trabajaban en el momento del pase del cuestionario y que no se adscriben, por tanto, solamente al rol tradicional femenino y doméstico, informaron de más redes sociales. En cambio, para los hombres sucede lo contrario, es decir, aquellos que ejercen roles menos tradicionales y menos ligados al rol masculino, como lo es el ocuparse de las tareas domésticas y el cuidado familiar, percibieron mayor apertura en sus redes sociales. Este resultado lo podemos relacionar con la teoría de androginia de Bem (1993) y su relación con el envejecimiento satisfactorio, y también con la teoría de inversión de roles en el envejecimiento.

Las construcciones socioculturales sobre género permean todas las esferas de la vida humana generando diversas inequidades en el logro del envejecimiento con éxito. En consecuencia, el descubrimiento de los efectos beneficiosos del trabajo doméstico en la percepción de una Red social mayor entre los hombres y del trabajo remunerado en las mujeres de edad avanzada, nos informa del alcance de las diferencias y/o equidad de género en la distribución del tiempo con respecto a las actividades relacionadas con el rol de género en este grupo de población. Las actividades relacionadas con el rol de género varían según las normas sociales y las políticas nacionales, las cuales, pueden afectar en cómo asignamos nuestro tiempo al influir en los patrones de las actividades diarias. La división desigual del

trabajo doméstico se ha relacionado con resultados de salud adversos entre las mujeres por la hipótesis de la “doble carga” del trabajo que experimentan las mujeres, puesto que la combinación del trabajo remunerado y el trabajo doméstico es más estresante para las mujeres que para los varones. Pero, sin embargo, hemos observado que en las personas mayores, dada la mayor disponibilidad de tiempo tras la jubilación, esta hipótesis podría perder su premisa para explicar el efecto diferencial de las actividades domésticas en la salud entre hombres y mujeres de edad avanzada, ya que las personas mayores pueden no tener las mismas limitaciones de tiempo para combinar el trabajo remunerado y las actividades domésticas como los adultos en edad de trabajar.

### **Interacción del Sexo con el Cuidado a familiares dependientes y el envejecimiento con éxito**

Los análisis efectuados para conocer con mayor profundidad cómo afecta el desempeño del cuidado en las personas mayores según el sexo en el logro y desarrollo del envejecimiento positivo y exitoso, han mostrado que no hay efectos significativos de interacción de primer orden en esta muestra de personas mayores en ningún grupo de indicadores evaluados: Recursos Sociales, Satisfacción con la vida y Bienestar Psicológico, Salud y Soledad o Aislamiento social. Por consiguiente, ambos factores no se interrelacionan entre sí alterando los resultados en estas variables dependientes. Cuando se es una persona mayor cuidadora de personas en situación de dependencia, independientemente de si se es hombre o mujer, no altera los efectos en los indicadores propuestos como componentes del envejecimiento activo, saludable y exitoso.

Mediante este estudio se ha llegado a la conclusión de que el sexo del cuidador por sí solo no parece ser un factor tan relevante como se ha afirmado en numerosas ocasiones. Sin embargo, de alguna forma se tiende a perpetuar una imagen del cuidador, claramente diferenciada de la de cuidadora, en la que se tienden a maximizar las diferencias existentes entre sexos. Las diferencias son en la mayoría de los casos pequeñas y, en ocasiones, reflejan diferencias que no son específicas sólo de los cuidadores, sino que se producen también en población general (tal y como sucede con los mayores niveles de depresión y de problemas de salud, que se dan en las cuidadoras respecto a los cuidadores varones, pero también en las mujeres de la población general cuando se las compara con los hombres de esa misma población).

Los datos obtenidos no muestran diferencias entre varones y mujeres cuidadores en Recursos sociales (apoyo social y red social), ni en Satisfacción vital o Bienestar, ni en el nivel de Salud percibida, ni depresión, ni en Autocuidado personal, ni tampoco en los sentimientos de Soledad. En nuestro contexto sociocultural observamos el supuesto cultural de que las mujeres deben asumir el rol de cuidadora y de hecho, la gran mayoría de estudios coinciden en que las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidado y que, por lo general, no suelen buscar apoyo. Igualmente también observamos el estereotipo de que los varones cuidadores recurren más a las ayudas externas, pero nuestros resultados no apuntan a esta dirección y tanto los varones como las mujeres cuidan de sus seres queridos y recurren a otras personas o a otras instituciones para dejarse ayudar en el cuidado. Así que, con igual responsabilidad o intensidad de cuidado las diferencias entre sexos desaparecen.

También, nuestros datos contrastan con la idea que muchos estudios refieren de que las mujeres viven la situación de cuidado con mayor percepción de carga, con mayores niveles de depresión y ansiedad, y que probablemente está más relacionado con desigualdades de género en las características del cuidado, como por ejemplo la mayor intensidad y la mayor implicación en los cuidados por parte de las mujeres. Esta desigual exigencia se sustentaría en una experiencia de socialización diferenciada según el sexo, que desarrollaría en las mujeres una identidad basada en el servicio y el cuidado a los demás, y que se manifiesta en una mayor implicación y compromiso en el cuidado informal. Sobre este aspecto tiene mucho que ver el conflicto de roles, dado que las mujeres cuidadoras enfrentan dificultades para cumplir siempre con los estándares de género y conciliar con otras facetas de su vida, lo que repercute negativamente en su salud. Debido a los estándares de género tradicionales, todavía vigentes en muchas sociedades como la nuestra, muchas mujeres consideran que su función de cuidado y sus responsabilidades son prioritarias con respecto a sus otros deberes, incluido el cuidado de sí mismas, que se consideran menos importantes. También, una de las consecuencias derivadas de los roles de género es la escasa valoración social de la labor de cuidado cuando la cuidadora es una mujer, en parte porque se presupone que cuidar forma parte de sus obligaciones. Por el contrario, cuando el cuidador es un hombre goza de mayor reconocimiento y más apoyo porque el cuidado no es una tarea que tradicionalmente esté vinculada a su rol masculino.

Estos hallazgos sugieren que el cuidado en nuestro entorno sociocultural, aunque tiene efectos negativos a nivel físico y psicológico en determinadas circunstancias, también puede

tener algunos resultados emocionalmente positivos en ambos sexos. Los aspectos positivos del cuidado están relacionados principalmente con las características específicas de los cuidadores y no con el sexo/genero del cuidador: como la edad, el grado de parentesco con la persona que se cuida, la intensidad del cuidado, si se cuida por obligación o por iniciativa propia, con el mantenimiento del tiempo libre para uno, el estado civil o si se convive o no con la persona que se cuida, por ejemplo.

En concreto, nuestros participantes constituyen una muestra singular de personas mayores, hombres y mujeres, caracterizadas por su un envejecimiento activo y saludable. Con recursos suficientes para afrontar las situaciones de cuidado de la mejor manera posible, sin llegar a experimentar estrés o sobrecarga. Son personas que compatibilizan el cuidado con otras actividades enriquecedoras a nivel personal, social y cultural, puesto que todos ellos asisten a un programa universitario para mayores que les permite estar más informados y conectados socialmente. El contar con recursos sociales puede ser un factor relevante en el cuidado, y esto es así tanto para hombres como para mujeres. Por lo tanto, a la hora de abordar el cuidado desde la perspectiva de las personas mayores, parece esencial considerar las particularidades de los distintos subgrupos de cuidadores en lugar de pensar en ellos como un grupo homogéneo, de características similares. Ni todos los cuidadores son iguales, ni todos los cuidadores varones son similares, ni todas las cuidadoras mujeres son un grupo homogéneo. Es conveniente prestar atención a la diversidad de los cuidadores, y convendría tener en cuenta posibles variables diferenciadoras, moduladoras así como la intersección entre ellas. No parece adecuado considerar únicamente la variable género o sexo para explicar las diferencias entre los varones y las mujeres que cuidan a sus mayores, sino otra serie de características que podrían estar influyendo.

### **Interacción del Sexo con el Cuidado de nietos y el envejecimiento con éxito**

Hemos considerado importante examinar si la provisión de cuidados a los nietos y el sexo de los abuelos/as reflejan variaciones en los patrones del envejecimiento exitoso. Nuestros análisis multivariados reflejan que prácticamente no hay interacción entre el Sexo y el Cuidado de nietos en esta muestra. El sexo no es un factor que altere los niveles percibidos de Apoyo social o de Red social, ni los resultados en los niveles de Satisfacción con la vida, ni en Bienestar Psicológico, ni en Salud percibida, Depresión y Autocuidado, ni tampoco en los sentimientos de Soledad o Aislamiento social.

No obstante individualmente, hemos encontrado un efecto significativo de interacción en el componente Propósito de vida del cuestionario de Bienestar Psicológico: los hombres que cuidaban a sus nietos a diario reportaron niveles mucho más bajos en Propósito en la vida que sus contrapartes. Nuestro principal hallazgo es que las mujeres que cuidan a diario obtienen mayores niveles de propósito de vida que los hombres en la misma situación. Y viceversa, es decir, un cuidado menos intenso y continuado en el tiempo influye en un menor propósito de vida para los mujeres, pero no así para los varones. El propósito de vida se considera una dimensión importante del envejecimiento exitoso porque proporciona un sentido positivo de vivir vidas activas, productivas y valiosas. Hemos observado que en general, el rol de abuela/o es un papel gratificante, y específicamente el hallazgo encontrado en nuestra investigación sobre la relación entre el cuidado diario y el mayor significado o propósito de vida en las mujeres es interesante porque les ayuda a sentirse activas y útiles, con un sentido positivo de crecimiento personal y un mayor compromiso activo con los nietos, lo que quizás sugiere también mayores niveles de satisfacción y de generatividad en ellas.

Las diferencias encontradas en ciertos estudios entre sexos en relación a este aspecto, puede deberse al contexto social y a ciertas variables mediadoras que pueden influir: el tipo de cuidado brindado (parcial o tiempo completo, elección u obligación, intensidad, etc.), algunos factores sociodemográficos (principalmente el nivel socioeconómico o educativo), la salud previa, así como algunos rasgos de personalidad. Aspectos que por otro lado no han sido analizados en el presente estudio.

En nuestra investigación resulta llamativa la poca capacidad explicativa que la interrelación de estas dos variables, Sexo y Cuidado de nietos, tienen sobre los indicadores de envejecimiento con éxito, pues en España los roles tradicionales de género, especialmente los vinculados al cuidado siguen vigentes. Lo cual nos lleva a plantearse que quizá existan variables de mayor peso que medien en esta relación y en este constructo psicológico. Por lo tanto, sería importante completar los datos de cada sujeto al que se le administre el cuestionario con más información acerca de nivel socioeconómico, educativo, aspectos sobre rol de género, generatividad, personalidad, salud, etc.

En general, los resultados obtenidos sugieren que para la mayoría de los abuelos y abuelas, las demandas que el cuidado de los nietos conlleva son probablemente compensados por los beneficios que implica dicha atención. El papel de cuidador “complementario” o auxiliar que ejercen muchos de ellos, y que es típico de nuestro contexto sociocultural, les

proporciona gratificación emocional, un sentido de pertenencia, apego y utilidad, que a su vez puede mejorar los niveles de salud y la satisfacción con la vida. Además, los resultados que hemos obtenido, reflejan una disminución en las diferencias en los roles sexuales en personas mayores y de los viejos estereotipos asociados al género en relación al cuidado de nietos. En general, hoy en día tanto abuelas como abuelos colaboran en las tareas del cuidado de sus nietos. Resaltamos que cada vez más, los varones en su vejez asumen tareas y funciones del cuidado no propias de su rol de género tradicional y las valoran de modo distinto que en sus etapas de vida anteriores, más positivamente. Si bien las mujeres siguen ejerciendo estas funciones, pero conjuntamente con los varones, sobre todo cuando aún viven ambos miembros de la pareja.

Los roles femeninos y masculinos actuales han cambiado significativamente en las últimas décadas. Las nuevas generaciones de hombres también han cambiado, aunque menos que las mujeres y más en el ámbito de lo privado. Adicionalmente, la presente investigación aporta evidencia empírica para comprender la cantidad y diversidad de cuidados que brindan los hombres mayores. Los hombres mayores han sido invisibles en la literatura gerontológica en general y en la literatura sobre abuelos, en particular. Son pocos los estudios que han abordado las experiencias de los hombres como abuelos. Hoy en día, muchos hombres abuelos y que cuidan habitualmente de sus nietos, son capaces de trascender y romper con los patrones de género tradicionales en relación a la crianza infantil, es decir, son capaces de romper con los tradicionales estereotipos y expectativas de comportamiento que conlleva implícito el rol de género masculino, como el de ser buenos proveedores y la distancia emocional, principalmente. Por lo tanto, son capaces de desarrollar relaciones afectivas, más íntimas y cercanas con sus nietos que los abuelos de generaciones anteriores. Esto guarda relación con los estudios de Carstensen et al. (2003) y la Teoría de la Selectividad emocional.

Este proyecto de investigación muestra que el envejecimiento se convierte en un espacio para el desempeño de roles generacionales y de género en las personas mayores en un plano más simétrico y de igualdad en las funciones compartidas. Donde paulatinamente, en el cuidado de otros (nietos y de la familia), las mujeres mayores asumen cada vez más los valores de la autorrealización, independencia y autonomía personal en el ejercicio de sus vidas. Mientras que los hombres mayores también van desempeñando cada vez más un papel de apoyo en el cuidado de sus nietos y familiares, aunque muchas veces es ocasional, frente a la atención más continuada que proporcionan ellas.

En resumen, los hallazgos obtenidos resaltan la importancia que puede tener el rol de abuelo para muchas personas mayores que han participado en nuestro estudio. Las personas mayores que cuidan habitualmente de sus nietos se sienten significativamente más felices y disfrutan de la vida más que antes, sobre todo si se comparan con los que no son cuidadores. El rol de abuelo puede ser satisfactorio porque proporciona significado y sentido a la vida, es decir un propósito de vida, especialmente a las mujeres, al mismo tiempo que la sensación de ser valorado cuando las necesidades de desarrollo generativas son mayores. Se trata de una tarea en la que encuentran significado. Es un rol que permite a las personas mayores sentirse útiles al fortalecer las relaciones familiares. Al mismo tiempo, el rol de abuelo/a se caracteriza por tener una gran diversidad, heterogeneidad, multidimensionalidad y variabilidad entre las personas mayores, ya que podemos encontrar una gran variedad de roles y estilos de abuelos/as que no se ajustan al rol tradicional o al estereotipo de abuelo. La diversidad abarca y celebra las diferencias y, al mismo tiempo, reconoce las desigualdades. En este sentido también sería de gran interés obtener muestras de estratos sociales o con historias de vida diferentes, completando los análisis con técnicas de tipo cualitativo como entrevistas en profundidad, para así poder comparar en qué medida tales diferencias pueden estar vinculadas a niveles de autoconcepto personal.

La experiencia de envejecer positivamente, tanto de los hombres como de las mujeres mayores, están desarrollando cambios tendentes a un envejecimiento más activo y al desarrollo de valores, actitudes y roles que rompen con estereotipos negativos asociados durante muchos años a esta franja de edad. Este estudio revela además, la importancia de mantenerse generativo en la vejez como un elemento importante en el desarrollo humano y que tiene un impacto significativo en la capacidad de envejecer con éxito.

### **Modelo de envejecimiento con éxito**

El modelo hipotetizado propuesto en esta tesis en base a los planteamientos teóricos del Modelo Integral PCP de envejecimiento exitoso atribuido a Kahana y Kahana (2014) se sostiene en su conjunto, si bien cabe destacar la amplitud y complejidad del modelo hipotetizado. Nuestros resultados ofrecen apoyo empírico a este modelo conceptual desarrollado por estos autores, pues hemos probado empíricamente algunos componentes seleccionados del modelo, especialmente el cuidado informal, que respaldan el valor predictivo de cada componente para mejorar los resultados de la calidad de vida para las personas mayores.

No obstante, los resultados obtenidos parecen indicar que es necesario un modelo comprensivo, amplio y de gran alcance, que atienda a todas las facetas del proceso de envejecimiento, lo que nos sugiere que estos resultados parecen estar señalando hacia un proceso que podría ser más complejo de lo que se había hipotetizado inicialmente. Aunque reconocemos que tales modelos completos son difíciles de probar empíricamente en un solo estudio.

Aunque es evidente que las dimensiones, factores o indicadores concretos que tendrán mayor o menor relevancia irán cambiando al cambiar de tipo de población mayor estudiada, con sus características propias, pero que el modelo se sostenga es indicativo de que es un buen marco para el estudio del envejecimiento con éxito. El modelo de Kahana y Kahana es sobretodo teórico, y podría potencialmente presentar muy diversas operacionalizaciones de todos y cada uno de los aspectos considerados. Por ello, puede dar lugar a un gran número de submodelos particulares, de los que el presentado aquí es solamente uno de ellos.

Además, el modelo teórico propuesto reconoce la importancia del contexto temporal y espacial de cada individuo, el cual podría facilitar u obstaculizar la adaptación psicológica y conductual en el envejecimiento. Es decir, toma en consideración variables como la edad, el sexo/género, el estado civil, etc. y otros factores contextuales, pues influyen en cómo se percibe y describen las personas a lo largo del proceso de envejecimiento y pueden alterar los resultados en el logro del envejecimiento exitoso en función del contexto sociocultural de la persona.

Por otro lado, y como se ha sugerido previamente, las posibles trayectorias de envejecimiento exitoso incluye la capacidad de iniciar mecanismos de adaptación a fin de lograr una mejor calidad de vida y metas significativas. Es decir, acciones preventivas proactivas que los individuos toman como los motores necesarios para el envejecimiento exitoso. Por lo tanto, el modelo de PCP integral refleja estrategias de comportamiento que ayudan al adulto mayor a dominar los desafíos de las enfermedades crónicas, las pérdidas sociales y la falta de ajuste entre la persona y el entorno. En este sentido, la generatividad constituye una importante fuente de posibles metas, objetivos y estados deseables. En este contexto estudiado, la noción de la generatividad conlleva la necesidad de estudiar las contribuciones que las personas hacen a la sociedad cuando alcanzan edades avanzadas, como por ejemplo el cuidado brindado a otros. Consideramos que el planteamiento teórico formulado por Kahana y Kahana a pesar de su gran complejidad, va más allá que otras

perspectivas o planteamientos teóricos, porque al entender la generatividad en el marco de un modelo de envejecimiento exitoso como proceso, se pone de manifiesto que las sociedades actuales necesitan, para garantizar su desarrollo social y económico, las contribuciones que hacen las personas mayores.

## **11.2. Limitaciones y líneas de investigación futuras**

En primer lugar, la principal limitación del presente estudio viene dada por el tipo de investigación, ya que se trata de un diseño de investigación transversal que no nos permite inferir causalidad, ni permite diferenciar los efectos de la edad y de cohorte ni tampoco medir los efectos a largo plazo. En consecuencia, no podemos inferir que las diferencias detectadas en los indicadores o componentes del envejecimiento con éxito analizados en este estudio se deban exclusivamente a la influencia de los factores estudiados como posibles determinantes del desarrollo de un buen envejecimiento, si bien proporcionan información acerca de la distribución de cómo los determinantes sociales y contextuales analizados influyen o contribuyen en estos indicadores de envejecimiento exitoso en un momento temporal dado. Se trata pues de un estudio descriptivo porque describe las características de la población de estudio y nos permite determinar asociaciones entre las variables, es decir, nos permite explorar y generar hipótesis para investigaciones futuras. Por ejemplo, sería quizás deseable estudiar el efecto de estas variables sobre el envejecimiento activo y saludable o exitoso a lo largo del tiempo, es decir, si la influencia de estos factores se acentúa, se mantiene, permanece o disminuye a lo largo del tiempo. Por tanto, se plantea la necesidad de desarrollar estudios longitudinales para profundizar en la mejora de indicadores que nos permitan no sólo medir esta compleja realidad, sino también su evolución espacio-temporal.

Otra limitación a considerar derivada del tipo de diseño es la posible confusión entre los efectos de la edad y de cohorte que puede conducir a sesgos y que propician una conclusión equivocada sobre las hipótesis en evaluación. El sesgo de confusión puede resultar bien en una sobreestimación o bien en una subestimación de la asociación real entre las variables, y también atribuir los efectos a la edad cuando en realidad son efectos de cohorte o viceversa. Por ejemplo, las nuevas generaciones de personas mayores que han alcanzado la tercera o la cuarta edad presentan experiencias vitales diferentes provenientes de etapas anteriores que vienen determinadas por el contexto social, cultural e histórico que han vivido, especialmente en relación con las mayores desigualdades relacionadas con el género y a desigualdades

socioeconómicas características de etapas anteriores en nuestro contexto cultural, circunstancias que han condicionado el acceso diferencial a los recursos y oportunidades para determinados grupos de población, lo que a su vez puede influir en el desarrollo de su envejecimiento exitoso para estos grupos de personas mayores. Hay que tener presente que las características sociales de las mujeres y los hombres pertenecientes a las cohortes más jóvenes de personas mayores en comparación con las más antiguas son diferentes. Dado que en las últimas décadas se han producido profundos cambios sociales y culturales en la mayoría de las sociedades en relación con la posición social, las expectativas sociales y las aspiraciones de las mujeres y los hombres, en pos de la igualdad de género y que han propiciado los cambios experimentados en los roles sociales tradicionales del hombre y la mujer. Es por ello que sería conveniente considerar el conocimiento del papel de los determinantes sociales (como el nivel educativo o el nivel socioeconómico, por ejemplo), así como las diversas influencias que los roles de género ejercen a través de diferentes grupos de edad en las personas mayores, ya que puede proporcionar información útil sobre cómo se configura el envejecimiento exitoso. Es decir, propiciar la comparación entre cohortes y profundizar en el conocimiento de los efectos de los eventos vitales y las condiciones de vida sobre la calidad de vida conforme se envejece.

En relación con lo anterior una limitación de este estudio viene determinada tanto por la edad de los participantes como por la cohorte a la que pertenecen, pues se trataría de una variable de confusión que podría enmascarar la asociación entre las variables. Se plantea la necesidad de realizar estudios con otros grupos de personas mayores: grupos control, por ejemplo, personas mayores que habitan en entornos rurales, personas mayores con menor nivel educativo o de recursos. También sería interesante una mayor representatividad de la muestra estudiada. También sería conveniente evitar el sesgo de autoselección por participación de voluntarios porque en general, existe riesgo de que estos individuos tengan características diferentes a los no voluntarios y que por lo tanto difieran en su percepción del envejecimiento exitoso.

Otra limitación a destacar es el posible sesgo de selección en base a que se trata de una muestra que no es representativa de la población general de personas mayores, lo que puede afectar a la validez externa, ya que el diseño y análisis de los resultados pueden ser correctos, pero las conclusiones solo pueden aplicarse a la población estudiada. Al haber realizado esta investigación en el marco de los programas universitarios para personas mayores, otros

grupos de personas mayores que no acuden a dichos programas han sido excluidos de esta investigación, ya sean porque no han podido acceder a dichos estudios (por límite de plazas), o bien ya sea porque muchas personas mayores no pueden o no se lo plantean por diferentes motivos, de salud, económicos, educativos, por vivir en un entorno rural, etc. En este sentido cabe preguntarse: ¿cómo es el envejecimiento de estas personas? ¿es igualmente exitoso? ¿las variables se relacionan del mismo modo? ¿el efecto de los predictores seleccionados sería el mismo para todos los grupos? ¿en otros grupos de personas mayores con menos recursos educativos y económicos el peso de los roles de género en el desarrollo del envejecimiento exitoso sería el mismo?. El método de selección de la muestra, no aleatorio, impide que los resultados puedan considerarse representativos de la población mayor.

Por otra parte, al tratarse de un estudio correlacional, la dirección de las relaciones establecidas no puede asegurarse con certeza. Quizá son las personas que ya tienen mayor bienestar las que más interés generativo tienen y las que a su vez se implican más frecuentemente en comportamientos generativos tales como el cuidado. O bien al contrario, es decir, que los comportamientos generativos y prosociales de ayuda a otros contribuyan al desarrollo del envejecimiento exitoso. En este sentido, enlazamos con la idea antes mencionada de la conveniencia de realizar y desarrollar investigaciones longitudinales para evaluar estos aspectos y la dirección de las relaciones encontradas entre estas variables.

Por último, también sería interesante controlar la influencia de otras posibles variables de confusión, que pueden alterar la asociación entre el factor y la variable respuesta y que podrían ser relevantes en la explicación del envejecimiento activo y saludable, en este caso podríamos destacar la conveniencia para posteriores estudios, del análisis del nivel educativo y principalmente socioeconómico como importantes predictores del envejecimiento exitoso, pues ambos son generadores de desigualdad social y por consiguiente pueden alterar el desarrollo de un envejecimiento positivo. Si bien es útil e incluso necesario buscar modelos conceptuales que sean amplios y de gran alcance, reconocemos que tales modelos completos son difíciles de probar empíricamente en un solo estudio.

Finalmente, pese a las limitaciones, el estudio aporta unas escalas psicométricamente adecuadas para evaluar el bienestar y el envejecimiento con éxito en muestras de habla hispana y confirma la importancia que puede tener los comportamientos generativos, y en particular cómo el cuidado informal con sus manifestaciones más comunes en las personas mayores, el cuidado de nietos y el cuidado de familiares dependientes, influye en la vejez y

cómo son sus complejas relaciones con el bienestar. Consideramos que se necesita profundizar en la investigación sobre las relaciones entre el cuidado, la generatividad y el bienestar. Profundizar en estas relaciones o explorar el desarrollo de las diferentes facetas de la generatividad a lo largo de la vejez, y particularmente en las personas más mayores, (denominada cuarta edad), cuando la pérdida se hace mucho más presente, nos parecen vías de investigación futura particularmente prometedoras. En general, la generatividad no se discute o estudia en la literatura sobre el cuidado, aunque hay discusiones sobre los aspectos positivos del cuidado que reflejan comportamientos generativos en el desarrollo de un buen envejecimiento. La investigación sobre la posible relación entre el cuidado generativo y el bienestar del cuidador parece justificada tras los resultados obtenidos en esta investigación.

Por otro lado, sería interesante incorporar los diseños mixtos en el estudio del envejecimiento con éxito, es decir, combinar niveles de análisis, técnicas e instrumentos, mostrando que la combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos puede enriquecer el análisis de las muy extensas y complicadas problemáticas de género, por ejemplo. Además, los enfoques cualitativos pueden proporcionar información en profundidad sobre las experiencias vividas por los adultos mayores con respecto a las barreras, los facilitadores y las consecuencias de las adaptaciones proactivas y los roles de género para comprender mejor los mecanismos que promueven el envejecimiento exitoso y una alta calidad de vida en diversas situaciones y o grupos poblacionales.

Sobre la base de los hallazgos del estudio actual, se sugieren varias direcciones para futuras investigaciones en relación al sexo/género. Especialmente, puede ser útil explorar la relación entre los roles de género y el envejecimiento con éxito, por ejemplo mediante el instrumento BSRI (Inventario de roles sexuales de Bem), si bien requiere mucho tiempo para completarse y requiere experiencia para analizarlo. Quizás sería más conveniente utilizar una medida breve de género como el “SR-Gender” propuesto recientemente por Carver (2018).

El examen de los comportamientos asociados con la clasificación de roles de género en las personas mayores, así como el estudio de las identidades de género, proporcionaría una manera de explorar este constructo desde otra perspectiva que podría transformar la investigación en salud y bienestar, porque permitiría a los investigadores explorar directamente el impacto de las identidades de género en la salud, el bienestar y cuál es su implicación en el desarrollo del envejecimiento exitoso. Es decir, el uso de las clasificaciones categóricas de género que luego puedan usarse en el análisis de resultados bien de la salud,

bien del bienestar, bien del envejecimiento etc., por separado o en conjunto con el sexo fisiológico. Por ejemplo, puede ser útil estudiar qué diferencias de comportamiento, si las hay, surgen entre las personas mayores con predominio de rasgos instrumentales (masculinidad), andróginos y expresivos (feminidad), por ejemplo, en el nivel de actividad o envejecimiento activo saludable y exitoso. Se trataría de presentar la masculinidad y la feminidad como construcciones independientes e incluir también el potencial de las respuestas andróginas e indiferenciadas, ya que enriquecería el análisis de los resultados y permitiría visibilizar las desigualdades sociales asociadas históricamente a los roles de género, que en la mayoría de los casos constituyen barreras que dificultan el desarrollo del envejecimiento positivo, sobre todo en las mujeres. Porque el vínculo entre la androginia y la salud, así como su relación con el envejecimiento exitoso en población mayor debe ser explorado. El rol de género andrógino, caracterizado por tener rasgos masculinos y rasgos femeninos se asocia con una mejor salud física y mental. Además, y como hemos comentado, sobre todo para las mujeres mayores porque ciertos estudios científicos, los cuales hemos descrito en el marco teórico de esta tesis, han apuntado que para las mujeres mayores clasificadas como andróginas, el rol de género muestra efectos significativos en el bienestar general y satisfacción con la vida.

También vale la pena investigar otros rasgos de personalidad como el locus de control, el sentido de coherencia, la resiliencia, la autoeficacia, el interés generativo, etc., que también se ha encontrado que pueden estar relacionados con la salud, el bienestar y en el afrontamiento proactivo en el envejecimiento en las personas mayores.

Una de las implicaciones o fortalezas de esta tesis, ha sido la de demostrar que el interés generativo y sobre todo, su expresión concreta a través de la ayuda brindada a otros, es decir el cuidado informal, ha demostrado ser un predictor importante de la satisfacción vital, de bienestar psicológico y de salud en las personas mayores. Planteamos como hipótesis para el debate que la invisibilidad de los cuidados entre personas mayores aún muy presente en nuestra sociedad, se relaciona con la invisibilidad del trabajo femenino en general y con ciertos estereotipos de la vejez, tales como la negación a la muerte por parte de la sociedad y de las personas mayores.

En definitiva, la presente investigación se suma al esfuerzo por incorporar estadísticas y datos cuantitativos en los estudios de género en nuestro contexto cultural. Con el fin de demostrar los factores que contribuyen a la inequidad entre hombres y mujeres en la temática estudiada, en este caso, en los componentes e indicadores de envejecimiento exitoso

evaluados. Pues a pesar de que existen estadísticas y estudios desagregados por sexo a nivel nacional, éstas no son homogéneas. Esta diversidad de formas y contenidos de las estadísticas e investigaciones sobre envejecimiento, dificultan la integración y comparación de los datos, tal y como sucedió en esta investigación. La información contenida en esta tesis representa un esfuerzo por visualizar las equidades e inequidades de género en el desarrollo del envejecimiento activo, saludable o exitoso mediante el análisis de las diferencias de sexo y su interrelación con otras variables o determinantes sociales, que permite reconocer la diversidad, especificidades y condiciones de hombres y mujeres mayores en nuestro contexto sociocultural en relación a su envejecimiento. Que tal y como se ha constatado a través de este estudio, son más las similitudes entre sexos que las diferencias.

La información obtenida puede resultar de utilidad para definir políticas y estrategias que ayuden a eliminar las brechas de equidad entre hombres y mujeres desde una perspectiva de igualdad de género, pues son un referente de comparación respecto a otras situaciones o particularidades del mismo fenómeno.

En conjunto, este tipo de estudios contribuirán a consolidar una imagen de la vejez más positiva y alejada de estereotipos negativos de pasividad y aislamiento frecuentemente vinculados al envejecimiento, así como la de visibilizar posibles discriminaciones o desigualdades asociadas al sexo/genero en el envejecimiento exitoso. Todavía siguen existiendo muchos estereotipos negativos que no contemplan la realidad de las personas mayores y que dañan indirectamente la oportunidad del logro de un envejecimiento activo, saludable y exitoso para muchas personas mayores, olvidando el importante papel de la población más mayor en la sociedad. Debemos favorecer un cambio en la percepción social de esta etapa de la vida y que la sociedad se convenza de que la gente mayor contribuye, sirve, vale, son productivos y están implicados con la vida.



# **BIBLIOGRAFÍA**



- Aartsen, M. J., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.  
<https://doi.org/10.1007/s10433-011-0175-7>
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J., & 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. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-4-76>
- Abellán, A. (2019). *El aumento de los hombres cuidadores*. EnR? Envejecimiento en red. Recuperado 31 de marzo de 2019, a partir de <http://envejecimientoenred.es/el-aumento-de-los-hombres-cuidadores/>
- Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A., & Pujol, R. (2019). *Informes Envejecimiento en red nº 22. Un perfil de las personas mayores en España, 2019 Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., & Pujol, R. (2018). *Informes Envejecimiento en red nº 17. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017a). *A vueltas con el umbral de inicio de la vejez*. Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperado a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2017/08/28/a-vueltas-con-el-umbral-de-inicio-de-la-vejez/>
- Abellán, A., Ayala, A., & Pujol, R. (2017b). *Informes Envejecimiento en red nº 15. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Abellán, A., Pérez, J., Pujol, R., Sundstrom, G., Jegermalm, M., & Malmberg, B. (2017). Partner care, gender equality, and Ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), 69-89. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>
- Abellán, A., & Pujol, R. (2016). *Una España feliz en el lado próspero de Europa*. Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperado a partir de <http://wp.me/p3aBOi-V8>
- Abellán, A., Pujol, R., & Ramiro, D. (2014). *Será un país para viejos. Resultados de las nuevas proyecciones de población del INE*. Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperado a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/10/30/sera-un-pais-para-viejos-resultados-de-las-nuevas-proyecciones-de-poblacion-del-ine/>
- Adams-Price, C. E., Morse, L. W., & Nadorff, D. K. (2016). Connecting creativity to adult development: The link between generativity and life satisfaction. *The Gerontologist*, 2016 GSA Annual Scientific Meeting Abstracts, 56(3), 309-310.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw162.1263>

- Adams-Price, C. E., Nadorff, D. K., Morse, L. W., Davis, K. T., & Stearns, M. A. (2018). The Creative Benefits Scale: Connecting Generativity to Life Satisfaction. *International Journal of Aging and Human Development*, 86(3), 242-265. <https://doi.org/10.1177/0091415017699939>
- Adjei, N. K., Brand, T., & Zeeb, H. (2017). Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. *PLoS ONE*, 12(9), e0184676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184676>
- Aguilar-Cunill, C., Soronellas-Masdeu, M., & Alonso-Rey, N. (2017). El cuidado desde el género y el parentesco. Maridos e hijos cuidadores de adultos dependientes\* Examining care from the perspectives of gender and kinship: Husbands and sons who care for dependent adults. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia [en línia]*, 22(2), 82-98. <https://doi.org/10.10.2017>
- Aguirre, R., & Scavino, S. (2016). Cuidar y ser cuidado en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. Care in old age: gender inequalities in Uruguay. *Papeles del CEIC. International Journal on collective Identity Research*, 2016/1(150), 1-41. <https://doi.org/10.1387/pceic.15449>
- Agulló, M. (2002). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez. Estudios 74*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Ahmed, T., Belanger, E., Vafaei, A., Koné, G. K., Alvarado, B., Béland, F., & Zunzunegui, M. V. (2018). Validation of a Social Networks and Support Measurement Tool for Use in International Aging Research: The International Mobility in Aging Study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 33(1), 101-120. <https://doi.org/10.1007/s10823-018-9344-x>
- Ahmed, T., Vafaei, A., Auais, M., Guralnik, J. M., & Zunzunegui, M.-V. (2016). Gender roles and physical function in older adults: Cross-sectional analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS ONE*, 11(6), e0156828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156828>
- Ahrentzen, S. (2010). On Their Own Turf: Community Design and Active Aging in a Naturally Occurring Retirement Community. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(3-4), 267-290. <https://doi.org/10.1080/02763893.2010.522453>
- Ajrouch, K. J., Blandon, A. Y., & Antonucci, T. C. (2005). Social networks among men and women: The effects of age and socioeconomic status. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), S311-S317. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.S311>
- Ajrouch, K. J., Fuller, H. R., Akiyama, H., & Antonucci, T. C. (2018). Convoys of Social Relations in Cross-National Context. *Gerontologist*, 58(3), 488-499. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw204>
- Alberola, S. (2015). *Validación de un modelo explicativo del envejecimiento exitoso en muestra española* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.

- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: Fondo de Cultura Económica.
- Alonso-Babarro, A., Garrido-Barral, A., Matín-Martínez, M. Á., & Francisco-Morejón, N. (2005). Evaluación de una intervención en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 40-45. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75072-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75072-1)
- Alonso, A., Rodríguez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(2), 118-123. Recuperado a partir de [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19\\_2\\_ParaSaberDe\\_3.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf)
- Alpass, F., Pond, R., Stephens, C., Stevenson, B., Keeling, S., & Towers, A. (2013). The influence of ethnicity and gender on caregiver health in older New Zealanders. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(5), 783-793. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt060>
- Alpass, F., Szabo, A., Allen, J., & Stephens, C. (2017). Health effects of informal caring in New Zealand: longitudinal findings from the Health, Work and Retirement study. *International Journal of Care and Caring*, 1(3), 309-329. <https://doi.org/10.1332/239788217X15040798472015>
- Alvarado, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M.-V., Beland, F., Sicotte, M., & Tellechea, L. (2007). Social and Gender Inequalities in Depressive Symptoms Among Urban Older Adults of Latin America and the Caribbean. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(4), S226-S236. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.4.S226>
- Anderson, L. A., Edwards, V. J., Pearson, W. S., Talley, R. C., McGuire, L. C., & Andresen, E. M. (2013). Adult Caregivers in the United States: Characteristics and Differences in Well-being, by Caregiver Age and Caregiving Status. *Preventing Chronic Disease*, 10, E135. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130090>
- Andersson, L. (1985). Against Loneliness in a Group of Elderly Women : an Impact Evaluation. *Social Science & Medicine*, 20(4), 355-364. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90010-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90010-3)
- Angelini, V., Cavapozzi, D., Corazzini, L., & Paccagnella, O. (2012). Age, Health and Life Satisfaction Among Older Europeans. *Social Indicators Research*, 105(2), 293-308. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9882-x>
- Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gidlow, B., & Hopkins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Ageing & Society*, 34(4), 590-622. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1200116X>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* (1ª Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. <https://doi.org/0875894127>

- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, 8(4), 33-49. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/1993-21284-001>
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology and aging* (5th ed., pp. 427-453). San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *Gerontologist*, 54(1), 82-92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and preliminary examination of the convoy model. *Gerontological Society of America*, 42(5), 519-527. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronj/42.5.519>
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment and Human Development*, 6(4), 353-370. <https://doi.org/10.1080/1461673042000303136>
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., Sherman, C. W., & Trinh, S. (2011). Stability and change in the intergenerational family: A convoy approach. *Ageing and Society*, 31(7), 1084-1106. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000098X>
- Anxo, D., Mencarini, L., Pailhé, A., Solaz, A., Tanturri, M. L., & Flood, L. (2011). Gender differences in time use over the life course in France, Italy, Sweden, and the US. *Feminist Economics*, 17(3), 159-195. <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.582822>
- Arber, S., & Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48(1), 61-76. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00289-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00289-5)
- Arber, S., Davidson, K., & Ginn, J. (2003). *Gender and ageing : changing roles and relationships*. Maidenhead, UK: Open University Press McGraw-Hill Education.
- Arber, S., & Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento : enfoque sociológico*. Madrid: Narcea, S.A.de Ediciones.
- Arias, C. J. (2015a). La Red de Apoyo Social: Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 149-172. Recuperado a partir de <https://www.researchgate.net/publication/308661906>
- Arias, C. J. (2015b). *Red de Apoyo Social y bienestar Psicológico en Personas de Edad*. (Tesis doctoral).Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.
- Arias, C. J., Polizzi, L., & Pantusa, J. (Noviembre, 2015). Los vínculos que brindan apoyo en la vejez. Diferencias por género. En Memoria VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII Jornadas de Investigación y XI encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp. 18-20). Buenos Aires, Argentina. Recuperado a partir de [http://www.psi.uba.ar/investigaciones/eventos\\_cientificos/vii\\_congreso\\_memorias/11\\_psi\\_desarrollo.pdf#page=18](http://www.psi.uba.ar/investigaciones/eventos_cientificos/vii_congreso_memorias/11_psi_desarrollo.pdf#page=18)

- Aron, A., & Aron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Prentice Hall/Pearson Educación.
- Arpino, B., & Bordone, V. (2017). Regular provision of grandchild care and participation in social activities. *Review of Economics of the Household*, 15(1), 135-174. <https://doi.org/10.1007/s11150-016-9322-4>
- Arpino, B., & Bordone, V. (2018). Active Ageing Typologies: A Latent Class Analysis of the Older Europeans. En A. Zaidi, S. Harper, K. Howse, G. Lamura, & J. Perek-Białas (Eds.), *Building Evidence for Active Ageing Policies* (pp. 295-311). Singapore: Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-6017-5\\_14](https://doi.org/10.1007/978-981-10-6017-5_14)
- Arpino, B., Bordone, V., & Balbo, N. (2018). Grandparenting, education and subjective well-being of older Europeans. *European Journal of Ageing*, 15(3), 259-263. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0467-2>
- Arpino, B., & Gómez-León, M. (2019). Consequences on depression of combining grandparental childcare with other caregiving roles. *Ageing & Mental Health*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1584788>
- Arrianza, M. (2006). *Guía Práctica de Análisis de Datos*. Granada, España: Junta de Andalucía. Instituto de Investigación y Formación Agraria y Pesquera (IFAPA). Recuperado a partir de <http://www.juntadeandalucia.es/agriculturaypesca/ifapa/servifapa/contenidoAlf?id=1c141ba8-08cc-42fc-9df7-10a632eb3194>
- Arrindell, W. A., Heesink, J., & Feij, J. A. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 health young adults in The Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 815-826. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00180-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00180-9)
- Aspinwall, L. (2011). Future-oriented thinking, proactive coping, and the management of threats to health and well-being. En S. Folkman & P. Nathan (Eds.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 334-365). New York: Oxford University Press.
- Ates, M. (2017). Does grandchild care influence grandparents' self-rated health? Evidence from a fixed effects approach. *Social Science and Medicine*, 190, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.021>
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with Life Scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35(6), 1255-1260. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00332-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00332-X)
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72712226/>
- Ausín, B., Muñoz, M., & Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E46. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>

- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., João, M., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., & Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.009>
- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & mental health*, 17(1), 33-39. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702725>
- Azad, N. A., Al Bugami, M., & Loy-English, I. (2007). Gender differences in dementia risk factors. *Gender Medicine*, 4(2), 120-129. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1550-8579\(07\)80026-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1550-8579(07)80026-X)
- Backhans, M. C., Lundberg, M., & Månsdotter, A. (2007). Does increased gender equality lead to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Social Science and Medicine*, 64(9), 1892-1903. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.016>
- Bacon, K. L., Heeren, T., Keysor, J. J., Stuver, S. O., Cauley, J. A., & Fredman, L. (2016). Longitudinal and reciprocal relationships between depression and disability in older women caregivers and noncaregivers. *Gerontologist*, 56(4), 723-732. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu157>
- Badenes, N., & López, M. (2010). *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España*. Madrid. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.09>
- Baek, Y., Martin, P., Siegler, I. C., Davey, A., & Poon, L. W. (2016). Personality Traits and Successful Aging: Findings from the Georgia Centenarian Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 83(3), 207-227. <https://doi.org/10.1177/0091415016652404>
- Bai, X., Guo, Y., & Fu, Y. Y. (2018). Self-image and intergenerational relationships as correlates of life satisfaction in Chinese older adults: will gender make a difference? *Ageing and Society*, 38(7), 1502-1519. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000113>
- Bai, X., Wu, C., Zheng, R., & Ren, X. (2011). The Psychometric Evaluation of the Satisfaction with Life Scale Using a Nationally Representative Sample of China. *Journal of Happiness Studies*, 12(2), 183-197. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9186-x>
- Bai, Y.-L., Chiou, C.-P., & Chang, Y.-Y. (2009). Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3308-3315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02992.x>
- Baigi, A., Hildingh, C., Virldhall, H., & Fridlund, B. (2008). Sense of coherence as well as social support and network as perceived by patients with a suspected or manifest myocardial infarction: a short-term follow-up study. *Clinical rehabilitation*, 22(7), 646-652. <https://doi.org/10.1177/0269215507086237>
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183-203. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>

- Baker, K. L., & Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health, 12*(4), 413-422. <https://doi.org/10.1080/13607860802224250>
- Baker, K. L., Robertson, N., & Connelly, D. (2010). Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain. *Aging and Mental Health, 14*(3), 319-327. <https://doi.org/10.1080/13607860903228788>
- Baker, L. A., & Silverstein, M. (2008a). Depressive symptoms among grandparents raising grandchildren: The impact of participation in multiple roles. *Journal of Intergenerational Relationships, 6*(3), 285-304. <https://doi.org/10.1080/15350770802157802>
- Baker, L. A., & Silverstein, M. (2008b). Preventive Health Behaviors Among Grandmothers Raising Grandchildren. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63*(5), S304-S311. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.5.S304>
- Balard, F., Beluche, I., Romieu, I., Willcox, D. C., & Robine, J.-M. (2011). Are Men Aging as Oaks and Women as Reeds? A Behavioral Hypothesis to Explain the Gender Paradox of French Centenarians. *Journal of Aging Research, 2011*, 1-12. <https://doi.org/10.4061/2011/371039>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. En V. L. Bergston & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 209-226). New York: Springer Publishing.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*(2), 123-135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Barberá, E., & Cala, M. J. (2008). Perspectiva de género en la psicología académica española. *Psicothema, 20*(2), 236-242. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72720210/>
- Barberá, E., & Martínez-Benlloch, I. (2004). *Psicología y Género*. (J. L. Posadas, Ed.). Madrid: Pearson Educacion, S.A.
- Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, M. J., Avlund, K., & Schroll, M. (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and aging, 16*(2), 342-345. <https://doi.org/10.1037/70882-7974.16.2.342>
- Barkley, G. S. (2008). Factors influencing health behaviors in the National Health and Nutritional Examination Survey, III (NHANES III). *Social work in health care, 46*(4), 57-79. [https://doi.org/10.1300/J010v46n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J010v46n04_04)

- Barrett, G., & McGoldrick, C. (2013). Narratives of (in)active ageing in poor deprived areas of Liverpool, UK. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33(5/6), 347-366. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-09-2012-0084>
- Barrón, A., & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: Su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59. <https://doi.org/10.1080/02134748.1992.10821654>
- Barslund, M., Von Werder, M., & Zaidi, A. (2017). Inequality in active ageing: evidence from a new individual-level index for European countries. *Ageing and Society*, 39(1), 1-27. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001052>
- Bazo, M. T. (1996). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (73), 209-222. <https://doi.org/10.2307/40183848>
- Bazo, M. T. (2012). *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa. Colección edad y sociedad nº 11*. Valencia: Nau Llibres, Edicions Culturals Valencianes SA.
- Bélanger, E., Ahmed, T., Filiatrault, J., Yu, H.-T., & Zunzunegui, M.-V. (2015). An Empirical Comparison of Different Models of Active Aging in Canada: The International Mobility in Aging Study. *The Gerontologist*, 57(2), 197-205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv126>
- Bellón, J. A., Delgado, S. A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli, C. P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atencion Primaria*, 18(4), 153-163.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155-162. <https://doi.org/10.1037/h0036215>
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bem, S. L. (1995). Dismantling Gender Polarization and Compulsory Heterosexuality: Should We Turn the Volume Down or Up? *The Journal of Sex Research*, 32(4), 329-334. <https://doi.org/10.1080/00224499509551806>
- Ben Shlomo, S. (2014). What makes new grandparents satisfied with their lives? *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30(1), 23-33. <https://doi.org/10.1002/smi.2492>
- Bengtson, V. L., & Oyama, P. S. (2010). Intergenerational Solidarity and Conflict. En M. A. Cruz-Saco & S. Zelenev (Eds.), *Intergenerational Solidarity* (pp. 35-52). New York: Palgrave Macmillan US. [https://doi.org/10.1057/9780230115484\\_3](https://doi.org/10.1057/9780230115484_3)
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008-1018. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>

- Bentler, P. M. (1985). *Theory and implementation of EQS: A structural equations program*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, *107*(2), 238-246. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, *10*(3), 257-264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Berg, A. I., Hassing, L. B., Thorvaldsson, V., & Johansson, B. (2011). Personality and personal control make a difference for life satisfaction in the oldest-old: Findings in a longitudinal population-based study of individuals 80 and older. *European Journal of Ageing*, *8*(1), 13-20. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0181-9>
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, *13*(2), 191-201. <https://doi.org/10.1080/13607860802342227>
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2015). Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: A comparative cross-sectional study of the Swedish a general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(109), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0309-2>
- Berglund, H., Hasson, H., Wilhelmson, K., Dunér, A., & Dahlin-Ivanoff, S. (2016). The impact of socioeconomic conditions, social networks, and health on frail older people's life satisfaction: a cross-sectional study. *Health Psychology Research*, *4*(1), 26-31. <https://doi.org/10.4081/hpr.2016.5578>
- Berkman, L. F., & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, *109*(2), 186-204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E., & Helvik, A. S. (2013). Coping and depression in old age: A literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *35*(3-4), 121-154. <https://doi.org/10.1159/000346633>
- Blagosklonny, M. V. (2010). Why men age faster but reproduce longer than women: MTOR and evolutionary perspectives. *Aging*, *2*(5), 265-273. <https://doi.org/10.18632/aging.100149>
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, *66*(8), 1733-1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
- Blanco, M. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: Evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales en Gerontología*, (6), 11-29. Recuperado a partir de <http://kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/13358>

- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida : orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>
- Blenkner, M. (1965). Social work and family relationships in later life with some thoughts on filial maturity. En E. Shanas & G. Streib (Eds.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 46-59). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Block, C. E. (2000). Dyadic and gender differences in perceptions of the grandparent-grandchild relationship. *International journal of aging & human development*, 51(2), 85-104. <https://doi.org/10.2190/VKCU-GN6A-27MU-4867>
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649-657. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Blustein, J., Chan, S., & Guanais, F. C. (2004). Elevated Depressive Symptoms among Caregiving Grandparents. *Health Services Research*, 39(6p1), 1671-1690. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00312.x>
- Boerma, T., Hosseinpoor, A. R., Verdes, E., & Chatterji, S. (2016). A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. *BMC Public Health*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>
- Boerner, K., Jopp, D. S., Carr, D., Sosinsky, L., & Kim, S. K. (2014). His and her marriage? the role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 579-589. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu032>
- Boffo, M., Mannarini, S., & Munari, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *Testing, Psychometrics, and Methodology in Applied Psychology*, 19(4), 345-363. <https://doi.org/10.4473/TPM19.4.7>
- Boomsma, D. I., Cacioppo, J. T., Muthén, B., Asparouhov, T., & Clark, S. (2007). Longitudinal genetic analysis for loneliness in Dutch twins. *Twin Research and Human Genetics*, 10(2), 267-273. <https://doi.org/10.1375/twin.10.2.267>
- Bordone, V. (2009). Contact and proximity of older people to their adult children: A comparison between Italy and Sweden. *Population, Space and Place*, 15(4), 359-380. <https://doi.org/10.1002/psp.559>
- Bordone, V. (2017). *The Youthful Effect of Childcare Beyond Grandparenthood*. IIASA Working Paper. Laxenburg, Austria: WP-17-013. Recuperado a partir de <http://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/14744/1/WP-17-013.pdf>
- Bordone, V., & Arpino, B. (2016). Do Grandchildren Influence How Old You Feel? *Journal of Aging and Health*, 28(6), 1055-1072. <https://doi.org/10.1177/0898264315618920>

- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(4), 427-438. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00424.x>
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x>
- Borges, Á., Prieto, P., Ricchetti, G., Hernández-Jorge, C., & Rodríguez-Naveiras, E. (2008). Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. *Psicothema*, 20(4), 924-927. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72720462/>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española Salud Pública*, 82(3), 245-249. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272008000300001>
- Borrell, C., & Ferrando, J. (2003). Desigualdades en salud en la población anciana. *Jano*, 64(1.474), 25-33. Recuperado a partir de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/64/1474/25/1v64n1474a13046747pdf001.pdf>
- Boston College School of Social work. (2016). *Lubben Social Network Scale. Description of the LSNS*. Boston College School Of Social Work. Recuperado 28 de julio de 2017, a partir de <https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description.html>
- Boudiny, K., & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective : Towards a broader understanding of 'active ageing'. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 8-14. <https://doi.org/10.1017/S0022226700001511>
- Bourque, P., Pushkar, D., Bonneville, L., & Béland, F. (2005). Contextual Effects on Life Satisfaction of Older Men and Women. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 24(1), 31-44. <https://doi.org/10.1353/cja.2005.0001>
- Bousquet, J., Kuh, D., Bewick, M., Strandberg, T., Farrell, J., Pengelly, R., ... Zins, M. (2015). Operative Dfinition of Active and Healthy Ageing (AHA). *European Geriatric Medicine*, 6(2), 196-200. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.12.006>
- Bousquet, J., Malva, J., Nogues, M., Rodríguez, L. R., Vellas, B., Farrell, J., & Group MACVIA Research. (2015). Operational Definition of Active and Healthy Aging (AHA): The European Innovation Partnership (EIP) on AHA Reference Site Questionnaire: Montpellier October 20-21, 2014, Lisbon July 2, 2015. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1020-1026. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.004>
- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: Una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, 16(2), 69-76. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71184-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71184-6)
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st Century: What Is Successful Aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64(3), 263-297. <https://doi.org/10.2190/L0K1-87W4-9R01-7127>

- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, *331*(7531), 1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*(13), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-13>
- Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine*, *71*(5), 574-579. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a5a7c0>
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2010). Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community-dwelling older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(12), 1093-1102. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d6c259>
- Brea, M. T. (2015). *El Coste de Cuidar desde una Perspectiva de Género: Proceso Emocional de Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes*. (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Recuperado a partir de [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/30858/TESIS M<sup>a</sup> TERESA BREA RUIZ.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/30858/TESIS%20M%C3%A1%20TERESA%20BREA%20RUIZ.pdf?sequence=1)
- Brittain, K., Kingston, A., Davies, K., Collerton, J., Robinson, L. A., Kirkwood, T. B. L., ... Jagger, C. (2017). An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old - Newcastle 85+ Study. *Ageing and Society*, *37*(1), 39-62. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001142>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care*, *26*(7), 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Brown, R. M., & Brown, S. L. (2014). Informal caregiving: A reappraisal of effects on caregivers. *Social Issues and Policy Review*, *8*(1), 74-102. <https://doi.org/10.1111/sipr.12002>
- Brown, S. L., Smith, D. M., Schulz, R., Kabeto, M. U., Ubel, P. A., Poulin, M., ... Langa, K. M. (2009). Caregiving Behavior Is Associated With Decreased Mortality Risk. *Psychological Science*, *20*(4), 488-494. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02323.x>
- Brown, S. L., & Wright, M. R. (2017). Marriage, Cohabitation, and Divorce in Later Life. *Innovation in Aging*, *1*(2), igx015. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx015>
- Bru, C., & López, A. (2014). *Estudio nacional del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en los Programas Universitarios para Personas Mayores 2014. Informe de resultados. Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores - AEPUM* -. Universidad de Alicante. Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/41720>
- Brunello, G., & Rocco, L. (2016). Is Childcare Bad for the Mental Health of Grandparents? Evidence from SHARE. *IZA Discussion Paper Series*, (10022). Recuperado a partir de [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2803854](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2803854)

- Buber, I., & Engelhardt, H. (2011). Der Zusammenhang zwischen Alter und depressiven Symptomen bei Männern und Frauen höheren Lebensalters in Europa. Erkenntnisse aus dem SHARE-Projekt. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 36(1), 77-102. <https://doi.org/10.4232/10.CPoS-2011-02de>
- Budini, F., & Musatti, T. (2007). Grandmothers' Involvement in Grandchildren's Care : Attitudes , Feelings , and Emotions. *Family Relations*, 48(1), 35-42. <https://doi.org/10.2307/585680>
- Bulanda, J. R. (2011). Gender, marital power, and marital quality in later life. *Journal of Women and Aging*, 23(1), 3-22. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.540481>
- Bunch, S., Eastman, B., & Griffin, L. (2007). Examining the perceptions of grandparents who parent in formal and informal kinship care. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 15(4), 93-106. [https://doi.org/doi:10.1300/J137v15n04\\_06](https://doi.org/doi:10.1300/J137v15n04_06)
- Burns, R. A., Luszcz, M. A., Kiely, K. M., Butterworth, P., Browning, C., Mitchell, P., & Anstey, K. J. (2013). Gender differences in the trajectories of late-life depressive symptomology and probable depression in the years prior to death. *International Psychogeriatrics*, 25(11), 1765-1773. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001099>
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676-713. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.676>
- Butler, R. N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529-535. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x>
- Buyck, J. F., Bonnaud, S., Boumendil, A., Andrieu, S., Bonenfant, S., Goldberg, M., ... Ankri, J. (2011). Informal caregiving and self-reported mental and physical health: Results from the gazel cohort study. *American Journal of Public Health*, 101(10), 1971-1979. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300044>
- Buz, J., & Pérez-Arechaederra, D. (2014). Psychometric properties and measurement invariance of the Spanish version of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *International Psychogeriatrics*, 26(9), 1553-1564. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000507>
- Buz, J., & Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd>
- Buz, J., Urchaga, D., & Polo, M. E. (2014). Factor structure of the De Jong Gierveld loneliness scale in Spanish elderly adults. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 588-596. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148371>
- Byun, J., & Jung, D. (2016). The influence of daily stress and resilience on successful ageing. *International Nursing Review*, 63(3), 482-489. <https://doi.org/10.1111/inr.12297>

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1054-1085.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L., & Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection. The Chicago Health, Aging, and Social relations stud. En M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (p. 195-219.). New York: Guilford Press.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social. *Psychol Aging, 25*(2), 453-463.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0017216>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140-151.  
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Calasanti, T. (2004a). Feminist gerontology and old men. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 59*(6), S305-S314.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/59.6.S305>
- Calasanti, T. (2004b). New directions in feminist gerontology: An introduction. *Journal of Aging Studies, 18*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2003.09.002>
- Calasanti, T. (2010). Gender Relations and Applied Research on Aging. *The Gerontologist, 50*(6), 720-734. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/gnq085>
- Calasanti, T., & King, N. (2007). Taking «women's work» «like a man»: Husbands' experiences of care work. *Gerontologist, 47*(4), 516-527.  
<https://doi.org/10.1093/geront/47.4.516>
- Calasanti, T., & King, N. (2017). Successful aging, Ageism and maintenance of Age and Gender relations. En S. Lamb (Ed.), *Successful Aging as a Contemporary Obsession : Global Perspectives* (pp. 27-40). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Calatayud, P. (2016). *Factores asociados al envejecimiento con éxito: aportaciones del ejercicio físico* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España.
- Caldeira, R. de B., Neri, A. L., Batistoni, S. S. T., & Cachioni, M. (2017). Variables associated with the life satisfaction of elderly caregivers of chronically ill and dependent elderly relatives. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20*(4), 502-515.  
<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160177>
- Calvó-Perxas, L., Vilalta-Franch, J., Litwin, H., Turró-Garriga, O., Mira, P., & Garre-Olmo, J. (2018). What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A cross-sectional study in 12 European countries. *PLOS ONE, 13*(3), 1-12.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194232>

- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation, from Project MUSE database. Recuperado a partir de <https://muse.jhu.edu/book/38935>
- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., & Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(6), 326-331. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- Cannuscio, C. C., Colditz, G. A., Rimm, E. B., Berkman, L. F., Jones, C. P., & Kawachi, I. (2004). Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1247-1256. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00317-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00317-4)
- Caplan, G. (1974). *Social support and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications. Pasadena, CA, US: Behavioral Publications. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/1974-26064-000>
- Caprara, M. G., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., ... Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2013/817813>
- Caridad, M., & Ayuso, M. D. (2011). Situación de la brecha digital de género y medidas de inclusión en España. *Investigación Bibliotecológica*, 25(55), 227-252. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2011.55.32973>
- Carlson, M. C., Seeman, T., & Fried, L. P. (2000). Importance of generativity for healthy aging in older women. *Aging Clinical and Experimental Research*, 12(2), 132-140. <https://doi.org/10.1007/BF03339899>
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2017). Adapting to Aging: Older people talk about their use of Selection, Optimization, and Compensation to maximize Well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 351-361. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw132>
- Carr, B. B., Hagai, E. B., & Zurbriggen, E. L. (2017). Queering Bem: Theoretical Intersections Between Sandra Bem's Scholarship and Queer Theory. *Sex Roles*, 76(11-12), 655-668. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0546-1>
- Carr, D., & Bodnar-Deren, S. (2009). Gender, aging and widowhood. En P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 705-728). New York: SpringerVerlag. [https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3\\_32](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-8356-3_32)
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930-948. <https://doi.org/10.1111/jomf.12133>
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743-761. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x>

- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la Catarata. Recuperado a partir de [https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin\\_ECOS/ECOS\\_CDV/37/El\\_trabajo\\_de\\_ciudadanos\\_antecedentes.pdf](https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin_ECOS/ECOS_CDV/37/El_trabajo_de_ciudadanos_antecedentes.pdf)
- Carrasquer, P. (2012). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2013.v31.n1.41633](https://doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41633)
- Carrillo, A., Etchemendy, E., & Baños, R. M. (2018). Past, present, and future life satisfaction: The role of age, positive and negative mood. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9981-9>
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. En K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Volume 11, 1991: Behavioral Science & Aging* (pp. 195-217). Springer: Springer Publishing Company.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. En J. E. Jacobs (Ed.), *Developmental perspectives on motivation. Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Volume 40 the Current Theory and Research in motivation* (pp. 209-254). Nebraska: U de Nebraska Press.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103-123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2003). Aging, Emotion, and Evolution: The Bigger Picture. En P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 1000. Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of the emotions in man and animals* (pp. 152-179). New York, NY, US: New York Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1196/annals.1280.008>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ... Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology of Aging*, 26(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Carver, L. F. (2018). Health and Gender: Quantifying the Unquantifiable. En J. J. Kronenfeld (Ed.), *Gender, Women's Health Care Concerns and Other Social Factors in Health and Health Care (Research in the Sociology of Health Care, Volume 36 (1ª edit, pp. 261-274)*. Howard House Wagon Lane Bingley BD16 1WA United Kingdom: Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/s0275-495920180000036014>

- Casado-Mejía, R., & Ruiz-Arias, E. (2016). Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 587-597. <https://doi.org/10.1111/jnu.12256>
- Casado-Muñoz, R., Lezcano, F., & Rodríguez-Conde, M. J. (2015). Envejecimiento activo y acceso a las tecnologías : Un estudio empírico evolutivo. *Comunicar. Revista Científica de Educomunicación*, 23(45), 37-46. <https://doi.org/10.3916/C45-2015-04>
- Casas, F., Bălțătescu, S., Bertran, I., González, M., & Hatos, A. (2013). School Satisfaction Among Adolescents: Testing Different Indicators for its Measurement and its Relationship with Overall Life Satisfaction and Subjective Well-Being in Romania and Spain. *Social Indicators Research*, 111(3), 665-681. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0025-9>
- Castañeda, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-20. Recuperado a partir de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011)
- Castañeda, I. E. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. The theoretical framework in health research with gender approach. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 246-254. Recuperado a partir de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200009)
- Castaño, M. D., & Martínez-Benlloch, I. (1990). Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de psicología*, 6(2), 158-168. Recuperado a partir de [http://www.um.es/analesps/v06/v06\\_2/05-06\\_2.pdf?iframe=true&width=90%25&height=90%25](http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/05-06_2.pdf?iframe=true&width=90%25&height=90%25)
- Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychological Therapy*, 14(3), 365-377. Recuperado a partir de <https://www.ijpsy.com/volumen14/num3/393/apoyo-social-y-vejez-la-influencia-del-ES.pdf>
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos Research on social support and health: current status and new challenges. *Revista Saúde Pública*, 31(4), 425-35. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2277.pdf>
- Cebrián, S., & Quero, I. (2012). Mayores y Género: Hombres mayores. Una oportunidad para el cambio. *Emakunde: Instituto Vasco de la Mujer*. Recuperado a partir de [http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz\\_areas\\_documento/s/es\\_def/adjuntos/mayores-genero\\_2013\\_es.pdf](http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/gizonduz_areas_documento/s/es_def/adjuntos/mayores-genero_2013_es.pdf)
- Chappell, N. L., Dujela, C., & Smith, A. (2015). Caregiver Well-Being: Intersections of Relationship and Gender. *Research on Aging*, 37(6), 623-645. <https://doi.org/10.1177/0164027514549258>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383-409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>

- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 136-151. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.1.136>
- Chee, K., Kim, S., & Gerhart, O. S. (2016). Personal growth in later life: generativity seen through a philosophical lens. *The Gerontologist, 2016 GSA Annual Scientific Meeting Abstracts*, 56(3), 98. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw162.380>
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. <https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Cheng, S. T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(1), 45-54. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn027>
- Cheng, S. T. (2014). Defining successful aging: The need to distinguish pathways from outcomes. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 527-531. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001713>
- Cheng, S. T., & Chan, A. C. M. (2006). Relationship With Others and Life Satisfaction in Later Life: Do Gender and Widowhood Make a Difference? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P46-P53. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P46>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756. <https://doi.org/10.1097 / PSY.0b013e31818105ba>
- Choi, N. G., & Kim, J. S. (2007). Age group differences in depressive symptoms among older adults with functional impairments. *Health & social work*, 32(3), 177-188. <https://doi.org/10.1093/hsw/32.3.177>
- Chow, E. O., & Ho, H. C. (2015). Caregiver strain, age, and psychological well-being of older spousal caregivers in Hong Kong. *Journal of Social Work*, 15(5), 479-497. <https://doi.org/10.1177/1468017314549709>
- Chow, E. O. W., & Ho, H. C. Y. (2012). The relationship between psychological resources, social resources, and depression: Results from older spousal caregivers in Hong Kong. *Aging & Mental Health*, 16(8), 1016-1027. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.692769>
- Christakis, N. A., & Allison, P. D. (2006). Mortality after the Hospitalization of a Spouse. *The New England Journal of Medicine*, 354(7), 719-730. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa050196>
- Clarke, L. H., & Bennett, E. V. (2013). Constructing the moral body: Self-care among older adults with multiple chronic conditions. *Health (United Kingdom)*, 17(3), 211-228. <https://doi.org/10.1177/1363459312451181>

- Clench-Aas, J., Nes, R. B., Dalgard, O. S., & Aarø, L. E. (2011). Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway Statistical Package for Social Sciences. *Quality of Life Research*, 20(8), 1307-1317. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9859-x>
- Coall, D. A., Hilbrand, S., Sear, R., & Hertwig, R. (2018). Interdisciplinary perspectives on grandparental investment: a journey towards causality. *Contemporary Social Science*, 13(2), 159-174. <https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1433317>
- Coe, N. B., & Van Houtven, C. H. (2009). Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Economics*, 18(9), 991-1010. <https://doi.org/10.1002/hec.1512>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/gps.561>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second Ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2001). Social relationships and health: challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17(2), 129-141. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/2001-17351-002>
- Cole, E. R. (2009). Intersectionality and Research in Psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170-180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- Collière, M.-F. (1993). *Promover la vida : de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Colom, J. (1999). Vejez , representación social y roles de género. *Educació i Cultura*, 12, 47-56. Recuperado a partir de <http://www.raco.cat/index.php/EducacioCultura/article/download/75807/96311>
- Comas-d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 10-22. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-750>
- Comas d'Argemir, D., & Chirinos, C. (2017). Cuidados no pagados: Experiencias y percepciones de los hombres cuidadores en contextos familiares. *Revista Murciana de Antropología*, (24), 65-86. Recuperado a partir de <http://revistas.um.es/rmu/article/view/310181>

- Conde-Sala, J. L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., & Garre-Olmo, J. (2017). Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare: analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Quality of Life Research*, 26(4), 1059-1070. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1436-x>
- Condon, J., Luszcz, M., & McKee, I. (2018). The transition to grandparenthood: a prospective study of mental health implications. *Aging & Mental Health*, 22(3), 336-343. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1248897>
- Constable, J. F., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12(1), 20-26. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936762>
- Cooper, R., Hardy, R., Sayer, A. A., Ben-shlomo, Y., Birnie, K., Cooper, C., ... Kuh, D. (2011). Age and Gender Differences in Physical Capability Levels from Mid-Life Onwards : The Harmonisation and Meta- Analysis of Data from Eight UK Cohort Studies. *PLoS ONE*, 6(11), e27899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0027899>
- Córica, J. L. (2014). Virtualidad y brecha digital de segundo nivel. La responsabilidad docente frente a la división de clases intelectuales. *Revista mexicana de bachillerato a distancia*, 6(12), 8-18. Recuperado a partir de <http://bdistancia.ecoesad.org.mx/?articulo=virtualidad-y-brecha-digital-de-segundo-nivel-la-responsabilidad-docente-frente-la-division-de-clases-intelectuales>
- Cornwell, B. (2011). Independence through social networks: Bridging potential among older women and men. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 B(6), 782-794. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr111>
- Cornwell, B., & Laumann, E. O. (2015). The health benefits of network growth: New evidence from a national survey of older adults. *Social Science and Medicine*, 125, 94-106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.011>
- Cornwell, B., Laumann, E. O., & Schumm, L. P. (2008). The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185-203. <https://doi.org/10.1177/000312240807300201>
- Cornwell, B., Schumm, L. P., Laumann, E. O., & Graber, J. (2009). Social Networks in the NSHAP Study: rationale, measurement, and preliminary findings. *The Journals of Gerontology: Series B*, 64B(suppl\_1), i47-i55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/gbp042>
- Cornwell, B., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Kim, J., & Kim, Y. J. (2014). Assessment of social network change in a national longitudinal survey. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(Suppl\_2), S75-S82. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu037>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the nshap study. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(Suppl\_1), i38-i46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>

- Corral, A., Castañeda, I. E., Barzaga, M., & Santana, M. C. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba Social determinants found in the differences of mortality indexes between females and men in Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 66-77. Recuperado a partir de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol\\_36\\_01\\_10/spu08110.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_01_10/spu08110.pdf)
- Cosco, T. D. (2015). Successfully aging predicts successful aging in successful Agers: Further definitional issues. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 170-171. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001318>
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002710>
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
- Cosco, T. D., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2015). Validation of an a priori, index model of successful aging in a population-based cohort study: the successful aging index. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 1971-1977. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000708>
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>
- Crespo, M., & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales / Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. Recuperado a partir de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Crespo, M., & López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores : el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias. [Internet]*, (35), 1-33. Recuperado a partir de <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., & Solé-Auró, A. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21(1), 81-91. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022>
- Crystal, S., & Shea, D. G. (1990). Cumulative advantage, cumulative disadvantage, and inequality among elderly people. *Gerontologist*, 30(4), 437-443. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.437>
- Crystal, S., Shea, D. G., & Reyes, A. M. (2017). Cumulative Advantage, Cumulative Disadvantage, and Evolving Patterns of Late-Life Inequality. *Gerontologist*, 57(5), 910-920. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw056>

- CSIC. (2017). *Las desigualdades de género se acentúan con la edad*. Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperado 24 de enero de 2018, a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2017/03/08/las-desigualdades-de-genero-se-acentuan-con-la-edad/>
- Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(34), 89-101. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645438004.pdf>
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Ragain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived Burdensomeness and Suicide Ideation in Older Adults. *Psychology and Aging*, 26(2), 331-338. <https://doi.org/10.1037/a0021836>
- Cullen, M. R., Baiocchi, M., Eggleston, K., Loftus, P., & Fuchs, V. (2016). The weaker sex? Vulnerable men and women's resilience to socio-economic disadvantage. *SSM - Population Health*, 2, 512-524. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.06.006>
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Curcio, C.-L. (2014). Envejecimiento exitoso: consideraciones críticas. *Revista ACGG*, 28(1), 1995-1977. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Carmen-Lucia\\_Curcio/publication/278785823\\_Envejecimiento\\_exitoso\\_consideraciones\\_criticas/links/5a00eff2a6fdcc82a3168ec4/Envejecimiento-exitoso-consideraciones-criticas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmen-Lucia_Curcio/publication/278785823_Envejecimiento_exitoso_consideraciones_criticas/links/5a00eff2a6fdcc82a3168ec4/Envejecimiento-exitoso-consideraciones-criticas.pdf)
- Cuthbert, C., King-Shier, K., Tapp, D., Ruether, D., & Culos-Reed, S. (2017). Exploring Gender Differences in Self-Reported Physical Activity and Health Among Older Caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 44(4), 435-445. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.435-445>
- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Dahlberg, L., Andersson, L., & Lennartsson, C. (2018). Long-term predictors of loneliness in old age: results of a 20-year national study. *Aging and Mental Health*, 22(2), 190-196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247425>
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Dahlberg, L., Demack, S., & Bambra, C. (2007). Age and gender of informal carers: A population-based study in the UK. *Health and Social Care in the Community*, 15(5), 439-445. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00702.x>
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, 18(4), 504-514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>

- Dahlin, J., & Härkönen, J. (2013). Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Social Science and Medicine*, 98, 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.028>
- Dale, B., Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 113-122. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x>
- Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2006). A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science and Medicine*, 62(8), 2046-2060. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.09.001>
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327-S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe. vol 2*. Paris: Gallimard.
- de Groot, L. C. P. M. G., Verheijden, M. W., de Henauw, S., Schroll, M., & van Staveren, W. A. (2004). Lifestyle, Nutritional Status, Health, and Mortality in Elderly People Across Europe: A Review of the Longitudinal Results of the SENECA Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1277-1284. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1277>
- de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.119>
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- de Jong Gierveld, J., Broese Van Groenou, M., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(4), 497-506. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>
- de Jong Gierveld, J., Dykstra, P. A., & Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27(7), 167-200. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.7>
- de Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *Canadian journal on aging /La revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 109-113. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0021>
- de Jong Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>

- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit. Recuperado a partir de [http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual\\_loneliness\\_scale\\_1999.html](http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html)
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7(2), 121-130. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0144-6>
- de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2016). New Ways of Theorizing and Conducting Research in the Field of Loneliness and Social Isolation. En A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (second ed., pp. 1–30). Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado a partir de <https://repub.eur.nl/pub/93235/>
- De Solla Price, D. J. (1965). Networks of Scientific Papers. *Science*, 149(3683), 510-515. <https://doi.org/10.1126/science.149.3683.510>
- De St. Aubin, E. (2013). Generativity and the meaning of life. En J. Hicks & C. Routledge (Eds.), *The Experience of Meaning in Life: Classical Perspectives, Emerging Themes, and Controversies* (pp. 241-255). Dordrecht: Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6527-6\\_19](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6527-6_19)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., & Martínez-Riera, J. R. (2012). Gender Differences Regarding Informal Caregivers of Older People. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 349-357. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01477.x>
- del-Pino-Casado, R., Millán-Cobo, M. D., Palomino-Moral, P. A., & Frías-Osuna, A. (2014). Cultural correlates of burden in primary caregivers of older relatives: A Cross-sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 176-186. <https://doi.org/10.1111/jnu.12070>
- del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P. A., & Frías-Osuna, A. (2015). The Association of Satisfaction and Perceived Burden With Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Dependent Elderly Relatives. *Research in Nursing and Health*, 38(5), 384-391. <https://doi.org/10.1002/nur.21671>
- del-Pino-Casado, R., Pastor-Bravo, M. del M., Palomino-Moral, P. A., & Frías-Osuna, A. (2017). Gender differences in primary home caregivers of older relatives in a Mediterranean environment: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 128-133. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2016.11.012>

- Del Bono, E., Sala, E., & Hancock, R. (2009). Older carers in the UK: Are there really gender differences? New analysis of the Individual Sample of Anonymised Records from the 2001 UK Census. *Health and Social Care in the Community*, 17(3), 267-273. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00826.x>
- Del Bono, E., Sala, E., Hancock, R., Gunnell, C., & Parisi, L. (2007). Gender, Older People and Social Exclusion. A Gendered Review and Secondary Analysis of the Data. *ISER Working Paper Series, No. 2007-13*, p. 105. Colchester: ISER. Recuperado a partir de <https://www.econstor.eu/handle/10419/92193>
- del Río-Lozano, M. (2014). *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=58459>
- del Río-Lozano, M., García-Calvente, M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227-3238. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>
- del Río-Lozano, M., García-Calvente, M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F., & Maroto-Navarro, G. (2013). Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish caregivers. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506-1520. <https://doi.org/10.1177/1049732313507144>
- Della Giusta, M., Jewell, S. L., & Kambhampati, U. S. (2011). Gender and life satisfaction in the UK. *Feminist Economics*, 17(3), 1-34. <https://doi.org/10.1080/13545701.2011.582028>
- Demakakos, P., Nunn, S., & Nazroo, J. (2010). Loneliness, relative deprivation and life satisfaction. En J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing* (pp. 297-338). London: The Institute for Fiscal Studies. Recuperado a partir de <https://pdfs.semanticscholar.org/1d4d/6fa7f4f21e77672e3469a539ff245b584888.pdf#page=309>
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of physiological anthropology and applied human science*, 22(3), 159-166. <https://doi.org/10.2114/jpa.22.159>
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58(12), 2585-2600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.008>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>

- Deusch, F. M., Zalenski, C. M., & Clark, M. E. (1986). Is There a Double Standard of Aging? *Journal of Applied Social Psychology, 16*(9), 771-785. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1986.tb01167.x>
- Di Gessa, G., Glaser, K., & Tinker, A. (2016a). The Health Impact of Intensive and Nonintensive Grandchild Care in Europe: New Evidence From SHARE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 71*(5), 867-879. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv055>
- Di Gessa, G., Glaser, K., & Tinker, A. (2016b). The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A lifecourse approach. *Social Science and Medicine, 152*, 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.041>
- Di Gessa, G., & Grundy, E. (2014). The relationship between active ageing and health using longitudinal data from Denmark, France, Italy and England. *Journal of Epidemiology and Community Health, 68*(3), 261-267. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202820>
- Díaz-Martínez, A., & Ponsoda, J. M. (2017). Perceived physical health in family caregivers of Alzheimer patients: Mediator variables. *European Journal of Health Research, 3*(1), 5-15. <https://doi.org/DOI: 10.1989/ejhr.v3i1.51>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Weil-Being Scales (PWBS). *Psicothema, 18*(3), 572-577. Recuperado a partir de <http://europepmc.org/abstract/med/17296089>
- Diener, E. (1994a). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*(2), 103-157. <https://doi.org/10.1007/BF01207052>
- Diener, E. (1994b). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention: revista sobre igualdad y calidad de vida, 3*(8), 67-114. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2016504>
- Diener, E., & Diener, M. (2009). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. En E. Diener (Ed.), *Culture and Well-Being. Social Indicators Research Series, vol. 38* (pp. 71-91). Dordrecht: Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_4)
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research, 112*(3), 497-527. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0076-y>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist, 61*(4), 305-314. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diniz, B. S., Reynolds, C. F., Butters, M. A., Dew, M. A., Firmo, J. O. A., Lima-Costa, M. F., & Castro-Costa, E. (2014). The effect of gender, age, and symptom severity in late-life depression on the risk of all-cause mortality: The Bambuí cohort study of aging. *Depression and Anxiety*, *31*(9), 787-795. <https://doi.org/10.1002/da.22226>
- Djukanović, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*, *19*(6), 560-568. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962001>
- Doblhammer, G., & Hoffmann, R. (2010). Gender differences in trajectories of health limitations and subsequent mortality. A study based on the German Socioeconomic Panel 1995-2001 with a mortality follow-up 2002-2005. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *65 B*(4), 482-491. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp051>
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.006>
- Dolbin-Macnab, M. L., & Keiley, M. K. (2009). Navigating interdependence: How adolescents raised solely by grandparents experience their relationships family. *Family Relations*, *58*(2), 162-175. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00544.x>
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., ... Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(4), 381-390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Lara, E., Moneta, M. V., Haro, J. M., & Olaya, B. (2017). The role of socio-economic status and neighborhood social capital on loneliness among older adults: evidence from the Sant Boi Aging Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(10), 1237-1246. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1406-9>
- Domènech-Abella, J., Perales, J., Lara, E., Moneta, M. V., Izquierdo, A., Rico-Urbe, L. A., ... Haro, J. M. (2017). Sociodemographic Factors Associated With Changes in Successful Aging in Spain: A Follow-Up Study. *Journal of Aging and Health*, *30*(8), 1244-1262. <https://doi.org/10.1177/0898264317714327>
- Dong, W., Wan, J., Xu, Y., Chen, C., Bai, G., Fang, L., ... Wang, Y. (2017). Determinants of self-rated health among Shanghai elders: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *17*(807), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4718-5>
- Donio-Bellegarde, M. (2017). *La soledad de las mujeres mayores que viven solas* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/58362>

- Doubova, S. V., Espinosa-Alarcán, P., & Flores-Hernández, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*, *10*(1), 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-104>
- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. (2008). The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing and Society*, *28*(8), 1113-1132. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007526>
- Drew, L. M., & Silverstein, M. (2007). Grandparents' Psychological Well-Being After Loss of Contact With Their Grandchildren. *Journal of Family Psychology*, *21*(3), 372-379. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.372>
- Dumitrache, C. G. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España. Recuperado a partir de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/34429>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Rubio-Herrera, R. (2017). Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Aging & Mental Health*, *21*(7), 751-757. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156048>
- Duque, J. M., Mateo, A., Martínez, M. I., Criado, S., Sanabria, F., & Carcagno, G. (2008). *Participación social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. [https://doi.org/DOI:10.1016/S0196-0644\(96\)70264-0](https://doi.org/DOI:10.1016/S0196-0644(96)70264-0)
- Durán, M. Á. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Valencia: Universitat de València.
- Dussault, M., Fernet, C., Austin, S., & Leroux, M. (2009). Revisiting the factorial validity of the Revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. *Psychological reports*, *105*(3), 849-856. <https://doi.org/10.2466/PRO.105.3.849-856>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European journal of ageing*, *6*(2), 91-100. <https://doi.org/DOI10.1007/s10433-009-0110-3>
- Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, *23*(2), 141-155. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0018>
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, *29*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/01973530701330843>
- Eagly, A. H., & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American psychologist*, *54*(6), 408-423. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.6.408>
- Eek, F., & Axmon, A. (2015). Gender inequality at home is associated with poorer health for women. *Scandinavian Journal of Public Health*, *43*(2), 176-182. <https://doi.org/10.1177/1403494814562598>

- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8, 178-191. <https://doi.org/10.1027//1016-9040.8.3.178>
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2281-2295. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.01.022>
- Elder, G. H. (1999). *Children of the Great Depression : social change in life experience /25th Anniversary Edition*. New York: Routledge.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429501739>
- Ellwardt, L., Aartsen, M. J., Deeg, D., & Steverink, N. (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Social Science and Medicine*, 98, 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.002>
- Ellwardt, L., Aartsen, M. J., & Van Tilburg, T. (2017). Types of Non-kin Networks and Their Association with Survival in Late Adulthood: A Latent Class Approach. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(4), 694-705. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw142>
- Eloranta, S., Arve, S., Lavonius, S., Routasalo, P., Lehtonen, A., Viitanen, M., & Isoaho, H. (2012). Positive life orientation in old age: A 15-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 586-591. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.010>
- Engler, T., & Peláez, M. B. (2002). *Más vale por viejo : lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. (T. Engler & M. B. Peláez, Eds.). Washington DC: Banco interamericano de Desarrollo/ Pan American Health Organization.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2<sup>a</sup> edition). New York, NY: Norton & Company.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The Life Cycle Completed (Extended Version)*. New York: Norton & Company.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1989). *Vital involvement in old age*. New York: Norton & Company.
- Eriksson, H., Sandberg, J., & Hellström, I. (2013). Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday life for female carers. *International journal of older people nursing*, 8(2), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00340.x>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938-944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Escarbajal-Frutos, A., Izquierdo-Rus, T., & López-Martínez, O. (2014). Análisis del bienestar psicológico en grupos en riesgo de exclusión social. *Anales de Psicología/ Annals of Psychology*, 30(2), 541-548. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.156591>

- Escobar-Bravo, M. Á., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C., & Blanco, J. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(2), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.07.003>
- Escobar-Bravo, M. Á., Puga-González, D., & Martín-Baranera, M. (2012). Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.01.008>
- Espelt, A., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M. I., Benach, J., ... Navarro, V. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1095-1105. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn051>
- Etherington, N. (2017). Re-evaluating gender differences in self-rated health: The importance of cohort. *Journal of Women and Aging*, 29(2), 150-162. <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1108737>
- Europa Press. (2018). *Solo el 12% de los abuelos decide cuándo cuidar a sus nietos, según una encuesta*. Europapress. Recuperado 22 de junio de 2018, a partir de <http://www.europapress.es/catalunya/noticia-solo-12-abuelos-decide-cuando-cuidar-nietos-encuesta-20180523122004.html>
- European Commission. (2012). *European innovation partnership on Active and Healthy Ageing*. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Recuperado 2 de enero de 2018, a partir de [https://ec.europa.eu/eip/ageing/home\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en)
- European Commission. (2013). *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012*. Brussels:European Commission. Recuperado a partir de <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/>
- European Health Expectancy Monitoring Unit -EHEMU-. (2008). *Health expectancy in Spain*. Montpellier, France. Recuperado a partir de [http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports\\_Issue1/Spain\\_Issue 1.pdf](http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue1/Spain_Issue 1.pdf)
- Eurostat. (2018). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población - Statistics Explained*. Eurostat Statistics Explained. Recuperado 26 de marzo de 2019, a partir de [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/es#Tendencias\\_pasadas\\_y\\_futuras\\_del\\_envejecimiento\\_de\\_la\\_poblaci.C3.B3n\\_en\\_la\\_UE](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es#Tendencias_pasadas_y_futuras_del_envejecimiento_de_la_poblaci.C3.B3n_en_la_UE)
- Eurostat. (2019). *Healthy life years statistics*. Eurostat Statistics Explained. Recuperado 26 de marzo de 2019, a partir de [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Healthy\\_life\\_years\\_at\\_age\\_65](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65)
- Expósito, C. (2013). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222. [https://doi.org/10.5209/rev\\_INFE.2012.v3.41146](https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146)
- Expósito, F., & Moya-Albiol, L. (1993). Validación de la UCLA Loneliness Scale en una muestra española. En F. Loscertales & M. Marín (Eds.), *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación* (pp. 355-364). Sevilla, Spain: Eudema.

- Expósito, F., & Moya, M. (1999). Soledad y apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 297-316. <https://doi.org/10.1174/021347499760260000>
- Fabá, J. (2016). *Generatividad, trayectorias y ganancias de los cuidadores de personas con demencia: variables predictoras y relación con las consecuencias del cuidado* (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia, España. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=119248>
- Fabà, J., & Villar, F. (2013). Ganancias asociadas al cuidado de personas con demencia: adaptación al español de la escala GAIN. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(3), 109-114. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2012.10.007>
- Fagerström, L. (2010). Positive life orientation-an inner health resource among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 349-356. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00728.x>
- Fahlén, S. (2014). Does gender matter? Policies, norms and the gender gap in work-to-home and home-to-work conflict across Europe. *Community, Work and Family*, 17(4), 371-391. <https://doi.org/10.1080/13668803.2014.899486>
- Fastame, M., Hitchcott, P., Mulas, I., Ruiu, M., & Penna, M. (2018). Resilience in Elders of the Sardinian Blue Zone: An Explorative Study. *Behavioral Sciences*, 8(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/bs8030030>
- Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO. (2014). *Informe 2014. Envejecimiento activo en las mujeres mayores*. Madrid. Recuperado a partir de <http://www.pensionistas.ccoo.es/6c07e7819565f96e0d28e02deba8f220000059.pdf>
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Rocio\\_Fernandez-Ballesteros/publication/265811864\\_Positive\\_ageing\\_Objective\\_subjective\\_and\\_combined\\_outcomes/links/5679212a08ae6041cb49eb4a.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rocio_Fernandez-Ballesteros/publication/265811864_Positive_ageing_Objective_subjective_and_combined_outcomes/links/5679212a08ae6041cb49eb4a.pdf)
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T., ... Zamarrón, M. D. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39(2), 119-131. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.699817>
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., ... Patricia, S. (2008). Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(5), 950-952. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x>

- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive ageing. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an ageing world* (pp. 196-223). Gottingen, Germany: Hogrefe Publishing.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A., & Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en Psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología Aplicada* (pp. 35-96). Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Schettini, R., Santacreu, M., & Molina, M. Á. (2012). Lay concept of aging well according to age: A reanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2172-2173. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04232.x>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/html/727/72715515016/>
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a2>
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 47(3), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.004>
- Fernández-Mayoralas, G. Schettini, R., Sánchez-Román, M., Rojo-Pérez, F., Agulló, M. S., & Forjaz, M. J. (2018). El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Prisma Social: revista de investigación social*, (21), 149-176. Recuperado a partir de <http://ddfv.ufv.es/xmlui/bitstream/handle/10641/1514/rociocschettini.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, C., Artiaga, A., & Dávila de León, M. C. (2013). Cuidados, género y transformación de identidades/Social care, gender and the transformation of identities. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 57-89. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CRLA.2013.v31.n1.41637](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41637)
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72718925008/>
- Fernández, I. (2017). *Conocer, concienciar, gestionar y prevenir la soledad de las personas mayores, claves para disminuir sus consecuencias negativas*. Blog Envejecimiento en red. Recuperado 19 de febrero de 2018, a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/tag/soledad/>
- Fernández, I., Georgieva, S., Moll, A., & Tomás, J. M. (2017). Una validación del modelo de Kahana y Kahana de envejecimiento con éxito en mayores españoles. En M. del M. Molero, M. del C. Pérez-Fuentes, J. J. Gázquez, A. B. Barragán, Á. Martos, & M. del M. Simón (Eds.), *Acercamiento multidisciplinar a la salud. Volumen II* (pp. 453-459). ASUNIVEP.

- Fernández, J. L., Parapar, C., & Ruiz, M. (2010). El envejecimiento de la población. *Lychnos Cuadernos de la Fundación General CSIC. Edición digital*, (2). Recuperado a partir de [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_es/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion)
- Fernández, M. B. (2012). *Solidaridad Intergeneracional y ambivalencia en las relaciones paterno-filiales ante el creciente envejecimiento poblacional en Santiago de Chile*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado a partir de <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/FernandezMBeatrizTesis.pdf>
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *Gerontologist*, 49(3), 333-343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Non-Normal and categorical data in structural equation modeling. En G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural Equation Modeling: A Second Course* (pp. 75-76). Greenwich, Connecticut: IAP. <https://doi.org/10.1002/car.1158>
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (2008). Profiles of social relations among older adults: A cross-cultural approach. *Ageing and Society*, 28(2), 203-231. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006472>
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health among Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 25-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>
- Fiori, K. L., Consedine, N. S., & Merz, E.-M. (2011). Attachment, Social Network Size, and Patterns of Social Exchange in Later Life. *Research on Aging*, 33(4), 465-493. <https://doi.org/10.1177/0164027511401038>
- Fiori, K. L., & Denckla, C. A. (2012). Social support and mental health in middle-aged men and women: A multidimensional approach. *Journal of Aging and Health*, 24(3), 407-438. <https://doi.org/10.1177/0898264311425087>
- Fischer, C. S., & Beresford, L. (2015). Changes in support networks in late middle age: The extension of gender and educational differences. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 123-131. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu057>
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 239-250. <https://doi.org/10.2190/HA9X-H48D-9GYB-85XW>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fokkema, T., & de Jong Gierveld, J. (2012). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1-2), 201-228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>

- Fokkema, T., & Liefbroer, A. C. (2008). Trends in living arrangements in Europe: Convergence or divergence? *Demographic Research*, *19*(36), 1351-1418. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2008.19.36>
- Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, *10*(1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0261-0>
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, *55*(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Fredman, L., Cauley, J. A., Hochberg, M., Ensrud, K. E., & Doros, G. (2010). Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: Results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(5), 937-943. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02808.x>
- Fredman, L., Lyons, J. G., Cauley, J. A., Hochberg, M., & Applebaum, K. M. (2015). The relationship between caregiving and mortality after accounting for time-varying caregiver status and addressing the healthy caregiver hypothesis. *Journals of Gerontology: Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *70*(9), 1163-1168. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv009>
- Fredman, L., Ranker, L. R., Strunin, L., Smith, M. L., & Applebaum, K. M. (2019). Caregiving Intensity and Mortality in Older Women, Accounting for Time-Varying and Lagged Caregiver Status: The Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures Study. *The Gerontologist*, gny135. <https://doi.org/10.1093/geront/gny135>
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, *(73)*, 31-42. Recuperado a partir de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61351/324657>
- Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, *39*(1), 41-57. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=97017401004>
- Fugl-Meyer, A. R., Bränholm, I. B., & Fugl-Meyer, K. S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation*, *5*(1), 25-33. <https://doi.org/10.1177/026921559100500105>
- Fujikawa, A., Suzue, T., Jitsunari, F., & Hirao, T. (2011). Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in Takamatsu, Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *16*(1), 25-35. <https://doi.org/10.1007/s12199-010-0162-1>
- Fujiwara, Y., Shinkai, S., Kobayashi, E., Minami, U., Suzuki, H., Yoshida, H., ... Suzuki, T. (2016). Engagement in paid work as a protective predictor of basic activities of daily living disability in Japanese urban and rural community-dwelling elderly residents: An 8-year prospective study. *Geriatrics and Gerontology International*, *16*(1), 126-134. <https://doi.org/10.1111/ggi.12441>
- Fuller-Iglesias, H. R. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: The mediating role of relationship satisfaction. *Ageing and Mental Health*, *19*(12), 1103-1112. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003285>

- Fuller-Iglesias, H. R., & Antonucci, T. (2016). Convoys of social support in Mexico: Examining socio-demographic variation. *International Journal of Behavioral Development, 40*(4), 324-333. <https://doi.org/10.1177/0165025415581028>
- Funcas. (2017). Las desigualdades digitales. Los Límites de la Sociedad Red. *Panorama Social n°25*, 193. Recuperado a partir de [https://www.funcas.es/publicaciones\\_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15025](https://www.funcas.es/publicaciones_new/Sumario.aspx?IdRef=4-15025)
- Gale-Ross, R., Baird, A., & Towson, S. (2009). Gender role, life satisfaction, and wellness: Androgyny in a Southwestern Ontario sample. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement, 28*(2), 135-146. <https://doi.org/10.1017/S0714980809090187>
- Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (Temporal Satisfaction With Life Scale, TSLS): un estudio en mayores que acuden a programas universitarios. *European Journal of investigation in health, psychology and education, 5*(3), 335-344. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.136>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *The Spanish journal of psychology, 18*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>
- Gallant, M. P., & Connell, C. M. (1997). Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. *Journal of Aging and Health, 9*(3), 373-395. <https://doi.org/10.1177/089826439700900306>
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Arias-Astray, A., & Barrón, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología, 31*(3), 1018-1029. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year longitudinal study. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 68*(4), 540-552. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs093>
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*(3), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.03.004>
- García-Calvente, M., del Río-Lozano, M., & Eguiguren, A. P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal de la salud. *Inguruak, 44*, 291-308. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Lozano6/publication/41175749\\_Desigualdades\\_de\\_genero\\_en\\_el\\_cuidado\\_informal\\_a\\_la\\_salud/links/09e4150ca1059e667e000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lozano6/publication/41175749_Desigualdades_de_genero_en_el_cuidado_informal_a_la_salud/links/09e4150ca1059e667e000000.pdf)
- García-Calvente, M., del Río-Lozano, M., & Marcos-Marcos, J. (2012). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública, EASP. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>

- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 132-139. <https://doi.org/10.1157/13062262>
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 83-92. Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500011&script=sci_arttext&tlng=en)
- García, L. (2011). *Conflicto sexo-género: El concepto de Alteridad en la minoría gitana* (Trabajo Fin de Master). Universidad de Salamanca, Salamanca, España. Recuperado a partir de [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/100301/1/TFM\\_EstudiosInterdisciplinaresG enero\\_GarciaHernandez\\_L.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/100301/1/TFM_EstudiosInterdisciplinaresG enero_GarciaHernandez_L.pdf)
- Gaymu, J., & Springer, S. (2010). Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: A gender and cross-country analysis. *Ageing and Society*, 30(7), 1153-1175. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000231>
- Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 838-845. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01599.x>
- Giele, J. Z., & Elder, G. H. (1998). *Methods of life course research: Qualitative and quantitative approaches*. (J. Z. Giele & G. Iern H. Elder, Eds.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Girgus, J., Yang, K., & Ferri, C. (2017). The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men? *Geriatrics*, 2(4), 1-21. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>
- Girón, P. (2012). Is age associated with self-rated health among older people in Spain? *Central European journal of public health*, 20(3), 185-190. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3690>
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., & Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction With Life Scale (SWLS). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127-132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000058>
- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S. G., Braehler, E., Spangenberg, L., & Luppá, M. (2011). Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International psychogeriatrics / IPA*, 23(8), 1294-1300. <https://doi.org/10.1017/S1041610211000780>
- Glaser, K., & Hank, K. (2018). Grandparenthood in Europe. *European Journal of Ageing*, 15(3), 1-3. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0476-1>
- Glass, T. A. (2003). Assessing the Success of Successful Aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5 part.1), 382-383. [https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5\\_Part\\_1-200309020-00015](https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5_Part_1-200309020-00015)

- Glauber, R., & Day, M. D. (2018). Gender, Spousal Caregiving, and Depression: Does Paid Work Matter? *Journal of Marriage and Family*, 80(2), 537-554. <https://doi.org/10.1111/jomf.12446>
- Glenn, N. (2009). Is the apparent U-shape of well-being over the life course a result of inappropriate use of control variables? A commentary on Blanchflower and Oswald. *Social Science and Medicine*, 69(4), 481-485. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.038>
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Godfrey, W. B., Yorgason, J. B., Zhang, Y., Hicken, B. L., Chen, W., & Rupper, R. W. (2018). Variability in spousal perceptions of caregiving and its relationship to older caregiver health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 33(9), 1504-1511. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4408-8>
- Golden, J., Conroy, R. M., & Lawlor, B. A. (2009). Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 280-290. <https://doi.org/10.1080/13548500902730135>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. do, & Araújo, F. C. de. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Gómez-Martinho, M. R. (2016). *Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes*. Universidad Pontificia de Comillas. Recuperado a partir de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>
- González-Celis, A. L. M., & Raya, L. E. (2017). Generatividad en adultos mayores mexicanos: asociación entre interés y comportamientos generativos. *Psicología y Salud*, 27(1), 79-88. Recuperado a partir de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2439>
- González-Rivera, J. A., Verea-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2017). Diferencias sociodemográficas en el bienestar psicológico de adultos puertorriqueños: Un estudio preliminar. *Revista Griot*, 10(1), 15-27. Recuperado a partir de <http://136.145.11.86/index.php/griot/article/view/9164>
- Goodman, C. C. (2012). Caregiving grandmothers and their grandchildren: Well-being nine years later. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 648-654. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.009>
- Gorman, B. K., & Read, J. (2007). Why men die younger than women. *Geriatrics and Aging*, 10(3), 182-191. Recuperado a partir de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-34247199049&origin=inward&txGid=53c21b812116e288e9336f5d8556aac5>

- Gorman, B. K., & Read, J. G. (2006). Gender disparities in adult health: An examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(2), 95-110. <https://doi.org/10.1177/002214650604700201>
- Gow, A. J., Corley, J., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2013). Which social network or support factors are associated with cognitive abilities in old age? *Gerontology*, 59(5), 454-463. <https://doi.org/10.1159/000351265>
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social Support and Successful Aging: Investigating the Relationships Between Lifetime Cognitive Change and Life Satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103-115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Gray, M., De Vaus, D., Qu, L., & Stanton, D. (2011). Divorce and the wellbeing of older Australians. *Ageing and Society*, 31(3), 475-498. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001017>
- Greenfield, E. A., & Russell, D. (2011). Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U.S. national social life, health, and aging project. *Journal of Applied Gerontology*, 30(4), 524-534. <https://doi.org/10.1177/0733464810364985>
- Greenwood, N., & Smith, R. (2015). Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: A systematic review. *Maturitas*, 82(2), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.013>
- Grossman, M. R., & Gruenewald, T. L. (2017). Caregiving and Perceived Generativity: A Positive and Protective Aspect of Providing Care? *Clinical Gerontologist*, 40(5), 435-447. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1317686>
- Gruenewald, T. L., Karlamangla, A. S., Greendale, G. A., Singer, B. H., & Seeman, T. E. (2007). Feelings of usefulness to others, disability, and mortality in older adults: The MacArthur study of successful aging. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P28-P37. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.P28>
- Gruenewald, T., Tanner, E., Parisi, J., Grossman, M., Seeman, T., & Davis. (2015). Healthcare enhancing sense of purpose in life through generative engagement: the baltimore experience corps trial. *The Gerontologist*, 55(Suppl\_2), 303. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv601.01>
- Grundy, E. M., Albala, C., Allen, E., Dangour, A. D., Elbourne, D., & Uauy, R. (2012). Grandparenting and psychosocial health among older Chileans: A longitudinal analysis. *Ageing and Mental Health*, 16(8), 1047-1057. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.692766>
- Grygiel, P., Humenny, G., Rebisz, S., Kwitaj, P., & Sikorska, J. (2013). Validating the Polish adaptation of the 11-item de Jong Gierveld Loneliness Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(2), 129-139. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000130>

- Grzywacz, J. G., Stoller, E. P., Brewer-Lowry, A. N., Bell, R. A., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2012). Gender and Health Lifestyle: An In-Depth Exploration of Self-Care Activities in Later Life. *Health Education and Behavior, 39*(3), 332-340. <https://doi.org/10.1177/1090198111405195>
- Guarino, L. R., & Sojo, V. (2011). Apoyo social como moderador del estrés en la salud de los desempleados. *Universitas Psychologica, 10*(3), 867-879. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722377018>
- Guo, M., Chi, I., & Silverstein, M. (2017). Intergenerational support and depression among Chinese older adults: Do gender and widowhood make a difference? *Ageing and Society, 37*(4), 695-724. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001403>
- Gurung, R. A. R., Taylor, S. E., & 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. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.3.487>
- Gutiérrez, M., Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2015). Medición de la salud percibida: Indicador único vs. múltiple. En J. J. Gázquez, M. C. Pérez, M. M. Molero, I. Mercader, A. B. Barragán, & A. Núñez (Eds.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen III* (pp. 185-190). ASUNIVEP. Recuperado a partir de <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/calidad-de-vida-cuidadores-e-intervencion-para-la-mejora-de-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf>
- Gutiérrez, M., Galiana, L., Tomás, J. M., Sancho, P., & Sanchís, E. (2014). La predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores de Angola: El efecto moderador del género. *Psychosocial Intervention, 23*(1), 17-23. <https://doi.org/10.5093/in2014a2>
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Galiana, L., Sancho, P., & Cebrià, M. A. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly : A structural model. *Aging and Mental Health, 17*(1), 94-101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.702731>
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. En *In: Notas de Población. AÑO XXIX, N° 77* (pp. 35-70). Santiago de Chile, Chile: CEPAL/CELADE. Recuperado a partir de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research, 97*(3), 397-417. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9508-8>
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology, 37*(11), 1801-1809. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.03.016>
- Haines, V. A., Beggs, J. J., & Hurlbert, J. S. (2008). Contextualizing health outcomes: Do effects of network structure differ for women and men? *Sex Roles, 59*(3-4), 164-175. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9441-3>

- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., ... König, H. H. (2016). Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Quality of Life Research*, 25(5), 1159-1168. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1166-5>
- Hajek, A., & König, H. H. (2016). Informal Caregiving and Subjective Well-Being: Evidence of a Population-Based Longitudinal Study of Older Adults in Germany. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.015>
- Halleröd, B. (2013). Gender inequality from beyond the grave: Intra-household distribution and wellbeing after spousal loss. *Ageing and Society*, 33(5), 783-803. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000268>
- Hammerman-Rozenberg, R., Maaravi, Y., Cohen, A., & Stessman, J. (2005). Working late: the impact of work after 70 on longevity, health and function. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(6), 508-513. <https://doi.org/10.1007/BF03327419>
- Hank, K., & Jürges, H. (2007). Gender and the Division of Household Labor in Older Couples. *Journal of Family Issues*, 28(3), 399-421. <https://doi.org/10.1177/0192513X06296427>
- Hank, K., & Wagner, M. (2013). Parenthood, Marital Status, and Well-Being in Later Life: Evidence from SHARE. *Social Indicators Research*, 114(2), 639-653. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0166-x>
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2013). The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. *Health Psychology Research*, 1(2), e25. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.743>
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2015). Feeling the squeeze? The effects of combining work and informal caregiving on psychological well-being. *European Journal of Ageing*, 12(1), 51-60. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0315-y>
- Hansen, T., Slagsvold, B., & Ingebretsen, R. (2013). The Strains and Gains of Caregiving: An Examination of the Effects of Providing Personal Care to a Parent on a Range of Indicators of Psychological Well-Being. *Social Indicators Research*, 114(2), 323-343. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0148-z>
- Hartshorne, T. S. (1993). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the UCLA loneliness scale. *Journal of personality assessment*, 61(1), 182-195. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6101\\_14](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6101_14)
- Haveman-Nies, A., De Groot, L. C. P. G. M., & Van Staveren, W. A. (2003). Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *American Journal of Public Health*, 93(2), 318-323. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.318>
- Havighurst, R. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

- Havighurst, R., Neugarten, B., & Tobin, S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. En P. F. Hansen (Ed.), *Age with a futur* (pp. 419–425). Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, *16*(10), 604-621. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The journals of gerontology Series B: Psychological sciences and social sciences*, *63*(6), S375-S384. <https://doi.org/63/6/S375> [pii]
- Hawkley, L. C., Preacher, K. J., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Impairs Daytime Functioning but Not Sleep Duration. *Health Psychology*, *29*(2), 124-129. <https://doi.org/10.1037/a0018646>
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, *25*(1), 132-141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>
- Hays, R. D., & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal Of Personality Assessment*, *51*(1), 69-81. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6)
- Hayslip, B., Blumenthal, H., & Garner, A. (2015). Social Support and Grandparent Caregiver Health: One-Year Longitudinal Findings for Grandparents Raising Their Grandchildren. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *70*(5), 804-812. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu165>
- Hayslip, B., Fruhauf, C. A., & Dolbin-Macnab, M. L. (2017). Grandparents Raising Grandchildren: What Have We Learned Over the Past Decade? *The Gerontologist*, *gnx106*, 1-12. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx106>
- Hayslip, B., & Kaminski, P. L. (2005). Grandparents raising their grandchildren: A review of the literature and suggestions for practice. *Gerontologist*, *45*(2), 262-269. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.262>
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Alèx, L., & Brulin, C. (2010). Depression in relation to purpose in life among a very old population: A five-year follow-up study. *Aging and Mental Health*, *14*(6), 757-763. <https://doi.org/10.1080/13607861003713216>
- Heger, D. (2017). The Mental Health of Children Providing Care to their Elderly Parent. *Health Economics*, *26*(12), 1617-1629. <https://doi.org/10.1002/hec.3457>
- Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.017>

- Hermida, P. D., Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2014). Redes de apoyo social en la vejez y su relación con la actitud hacia la jubilación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 209-218. Recuperado a partir de <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/7878>
- Hernández, M. (2000). *Desigualdades según género en la vejez*. Murcia: Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud. Recuperado a partir de <http://igualdadyviolenciadegennero.carm.es/documents/202699/216982/Desigualdades+según+género+en+la+vejez/fa74002d-0b2f-4abb-b215-1405ee8d4f35>
- Hernández, Z., Ehrenzweig, Y., & Yépez, L. (2010). Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercibidas como sanas. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 17-34. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/4767/476748707004/>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5), 40-46. Recuperado a partir de [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1189](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1189)
- Hershey, D. A., & Henkens, K. (2014). Impact of different types of retirement transitions on perceived satisfaction with life. *Gerontologist*, 54(2), 232-244. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt006>
- Heylen, L. (2010). The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing and Society*, 30(7), 1177-1196. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000292>
- Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A., & Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.028>
- Hilbrand, S., Coall, D. A., Gerstorf, D., & Hertwig, R. (2017). Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver: A prospective study. *Evolution and Human Behavior*, 38(3), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010>
- Hilbrand, S., Coall, D. A., Meyer, A. H., Gerstorf, D., & Hertwig, R. (2017). A prospective study of associations among helping, health, and longevity. *Social Science and Medicine*, 187, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.035>
- Hill, P. L., Sin, N. L., Turiano, N. A., Burrow, A. L., & Almeida, D. M. (2018). Sense of Purpose Moderates the Associations between Daily Stressors and Daily Well-being. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(8), 724-729. <https://doi.org/10.1093/abm/kax039>
- Hillerås, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *Int J Aging Hum Dev*, 52(1), 71-90. <https://doi.org/10.2190/B8NC-D9MQ-KJE8-UUG9>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Stek, M. L., Van Tilburg, T. G., Visser, P. J., ... Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: Only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42(4), 843-853. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001772>
- Holwerda, T. J., Deeg, D., Beekman, A. T. F., Schoevers, R., van Tilburg, T. G., & Schutter, N. (2016). Loneliness as a social marker for depression. *The Gerontologist*, 56(Suppl\_3), 37. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw162.152>
- Holwerda, T. J., Van Tilburg, T. G., Deeg, D. J. H., Schutter, N., Dekker, J., Stek, M. L., ... Rien, V. (2016). Impact of loneliness and depression on mortality: Results from the longitudinal ageing study Amsterdam. *British Journal of Psychiatry*, 209(2), 127-134. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168005>
- Hong, M., Casado, B. L., & Harrington, D. (2011). Validation of Korean Versions of the Lubben Social Network Scales in Korean Americans. *Clinical Gerontologist*, 34(4), 319-334. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.572534>
- Hooker, S. A., & Masters, K. S. (2016). Purpose in life is associated with physical activity measured by accelerometer. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 962-971. <https://doi.org/10.1177/1359105314542822>
- Hooker, S. A., Masters, K. S., & Park, C. L. (2018). A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Review of General Psychology*, 22(1), 11-24. <https://doi.org/10.1037/gpr0000115>
- Hopcroft, R. L., & Bradley, D. B. (2007). The Sex Difference in Depression Across 29 Countries. *Social Forces*, 85(4), 1483-1507. <https://doi.org/https://doi.org/10.1353/sof.2007.0071>
- Horvath, S. (2013). DNA methylation age of human tissues and cell types. *Genome Biology*, 14(10), R115. <https://doi.org/10.1186/gb-2013-14-10-r115>
- Houtjes, W., Van Meijel, B., Van De Ven, P. M., Deeg, D., Van Tilburg, T., & Beekman, A. T. F. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: A longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010-1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>
- Hoyle, R. H., & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 159-176). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2009). Marital biography and health at mid-life. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3), 344-358. <https://doi.org/10.1177/002214650905000307>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., LaPierre, T. A., & Luo, Y. (2007). All in the Family: The Impact of Caring for Grandchildren on Grandparents' Health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S108-S119. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S108>
- Huta, V., & Zuroff, D. C. (2007). Examining mediators of the link between generativity and well-being. *Journal of Adult Development*, 14(1-2), 47-52. <https://doi.org/10.1007/s10804-007-9030-7>
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60(6), 581-592. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Hyde, J. S. (2014). Gender Similarities and Differences. *Annual Review of Psychology*, 65, 373-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115057>
- Iecovich, E. (2013). Psychometric Properties of the Hebrew Version of the de Jong Gierveld Loneliness Scale. *Educational Gerontology*, 39(1), 12-27. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.660860>
- Iglesias de Ussel, J. (2001). *La Soledad en Las Personas Mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo* (Primera Ed.). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Recuperado a partir de <http://www.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/5006lasoledad.pdf>
- ILC-Brazil. (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil. Recuperado a partir de [http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ActiveAgeingPolicyFramework\\_2015.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ActiveAgeingPolicyFramework_2015.pdf)
- Ilinca, S., Rodrigues, R., Schmidt, A., & Zolyomi, E. (2016). *Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory*. (European Centre Report, Ed.). Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo\\_Rodrigues19/publication/308611486\\_Gender\\_and\\_Social\\_Class\\_Inequalities\\_in\\_Active\\_Ageing\\_Policy\\_meets\\_Theory/links/57e8be6008aed7fe466bdcc9.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Rodrigues19/publication/308611486_Gender_and_Social_Class_Inequalities_in_Active_Ageing_Policy_meets_Theory/links/57e8be6008aed7fe466bdcc9.pdf)

- IMSERSO. (2005). “Cuidados de larga duración a cargo de la familia: el apoyo informal”. Capítulo 3. En *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España* (pp. 167-226). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO. (2010a). Encuesta de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO. Recuperado a partir de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)
- IMSERSO. (2010b). *Las personas Maores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2010*. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-informe-personas-mayores-vol1-2010-12-2012.pdf>
- IMSERSO. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ed.) (Primera ed). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. Recuperado a partir de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)
- IMSERSO. (2017). Informe 2016. Las Personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado a partir de [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm)
- INE. (2017). *Mujeres y hombres en España. Salud. Esperanza de vida en buena salud*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado 24 de febrero de 2018, a partir de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param2=1259926360363&param4=Mostrar](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas&param2=1259926360363&param4=Mostrar)
- Instituto de la Mujer. (2007). *Protocolo de Implantación de Mainstreaming de Género*. (Unidad Técnica Proyecto Calíope. Instituto de la Mujer. Fundación Mujeres. Likadi, Ed.). Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado a partir de <http://www.fundacionmujeres.es/img/Document/10123/documento.pdf>
- Iwamasa, G. Y., & Iwasaki, M. (2011). A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 261-278. <https://doi.org/10.1007/s10823-011-9147-9>
- Jackson, J. B., Miller, R. B., Oka, M., & Henry, R. G. (2014). Gender differences in marital satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 76(1), 105-129. <https://doi.org/10.1111/jomf.12077>
- Jadhav, A., & Weir, D. (2017). Widowhood and Depression in a Cross-National Perspective: Evidence from the United States, Europe, Korea, and China. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), e143 – e153. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx021>

- Jagger, C., Weston, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Doblhammer, G., ... Robine, J. M. (2011). Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: Findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), 1030-1035. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.117705>
- Jang, S. N., Kawachi, I., Chang, J., Boo, K., Shin, H. G., Lee, H., & Cho, S. il. (2009). Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social Science and Medicine*, 69(11), 1608-1615. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.007>
- Jaspers, L., Schoufour, J. D., Erler, N. S., Darweesh, S. K. L., Portegies, M. L. P., Sedaghat, S., ... Kavousi, M. (2017). Development of a Healthy Aging Score in the Population-Based Rotterdam Study: Evaluating Age and Sex Differences. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 276.e1-276.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.021>
- Jeon, G., Jang, S., Rhee, S., Kawachi, I., & Cho, S.-I. (2007). Gender Differences in Correlates of Mental Health Among Elderly Koreans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(5), S323-S329. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.5.S323>
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., ... Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Jeste, D. V., Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful Cognitive and Emotional Aging. *World Psychiatry*, 9(2), 78-84. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000369417.73882.da>
- Jivraj, S., & Nazroo, J. (2014). Determinants of socioeconomic inequalities in subjective well-being in later life: a cross-country comparison in England and the USA. *Quality of Life Research*, 23(9), 2545-2558. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0694-8>
- Jonsén, E., Norberg, A., & Lundman, B. (2015). Sense of meaning in life among the oldest old people living in a rural area in northern Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 221-229. <https://doi.org/10.1111/opn.12077>
- Jopp, D. S., Wozniak, D., Damarin, A. K., De Feo, M., Jung, S., & Jeswani, S. (2015). How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and a German life-span sample. *Gerontologist*, 55(1), 91-106. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu059>
- Junaković, I. T., Nekić, M., & Ambrosi-Randić, N. (2016). Parental satisfaction, generativity and successful aging. *Contemporary psychology*, 19(2), 149-162. <https://doi.org/10.21465/2016-SP-192-02>
- Juratovac, E. (2009). *Effort in caregiving and its relationship to caregiver depressive symptoms* (Tesis doctoral). Case Western Reserve University. Ohio, EE. UU. Recuperado a partir de <https://europepmc.org/abstract/eth/5752>

- Juvinya-Canal, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23(3), 87-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.004>
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-168. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023>
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science and Medicine*, 69(3), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: Pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159-187. <https://doi.org/10.1177/0898264312469665>
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). New York, NY, US: Springer Publishing Co. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-98340-002>
- Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New directions in age-old search. En J. R. Settersten (Ed.), *Invitation to the Life Course: A New Look at Old Age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful aging. *Ageing International*, 28(2), 155-180. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007%2Fs12126-003-1022-8>
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive Approaches to Successful Aging: One Clear Path through the Forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kahana, B., & Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: Linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, 29(4), 438-459. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9012-2>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, E., ... Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 382-394. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00003>
- Kahn, J. R., McGill, B. S., & Bianchi, S. M. (2011). Help to family and friends: Are there gender differences at older ages? *Journal of Marriage and Family*, 73(1), 77-92. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00790.x>
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Life-span development and behavior. En P. B. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 253-286). New York: Academic Press.

- Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(4), 449-450. <https://doi.org/10.1097/00001504-199907000-00012>
- Kalache, A. (2011). “Una sociedad para todas las edades”. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.), *Envejecimiento Activo. Libro Blanco* (p. 495-523.). Madrid: IMSERSO. Recuperado a partir de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)
- Kalmijn, M. (2017). The ambiguous link between marriage and health: A dynamic reanalysis of loss and gain effects. *Social Forces*, 95(4), 1607-1636. <https://doi.org/10.1093/sf/sox015>
- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2014). Early-life circumstances and later-life loneliness in Ireland. *Gerontologist*, 54(5), 773-783. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt097>
- Karlsdotter, K., Martín, J. J., & López del Amo, M. del P. (2011). Influencia de la renta, la desigualdad de renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007. *Gaceta Sanitaria*, 25(Suppl. 2), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.003>
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it «appeal more than it illuminates»? *Gerontologist*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>
- Keener, E. (2015). The Complexity of Gender: It Is All That and More....In sum, It Is Complicated. *Sex Roles*, 73(11-12), 481-489. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0542-5>
- Keener, E., & Mehta, C. M. (2017). Sandra Bem: Revolutionary and Generative Feminist Psychologist. *Sex Roles*, 76(9-10), 525-528. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0770-y>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Kelly, S., & Shane. (2017). *The effects of gender role orientation, self esteem and self efficacy on help seeking behaviours and wellbeing* (Tesis doctoral). Dublin Business School. Irlanda. Recuperado a partir de <http://esource.dbs.ie/handle/10788/3307>
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., Neale, M. C., & Prescott, C. A. (2001). Genetic risk factors for major depression in men and women: Similar or different heritabilities and same or partly distinct genes? *Psychological Medicine*, 31(4), 605-616. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003907>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

- Khagram, L., Martin, C. R., Davies, M. J., & Speight, J. (2013). Psychometric validation of the Self-Care Inventory-Revised (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from the AT.LANTUS Follow-on study. *Health and quality of life outcomes*, *11*(24), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-24>
- Khalaila, R. (2016). Depression statuses and related predictors in later life: A 10-year follow-up study in Israel. *European Journal of Ageing*, *13*(4), 311-321. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0384-1>
- Kharicha, K., Iliffe, S., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 1: Are older people living alone an «at-risk» group? *British Journal of General Practice*, *57*(537), 271-276. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17394729>
- Kim, E. S., Hershner, S. D., & Strecher, V. J. (2015). Purpose in life and incidence of sleep disturbances. *Journal of Behavioral Medicine*, *38*(3), 590-597. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9635-4>
- Kim, E. S., Strecher, V. J., & Ryff, C. D. (2014). Purpose in life and use of preventive health care services. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(46), 16331-16336. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414826111>
- Kim, H. J., Kang, H., & Johnson-Motoyama, M. (2017). The psychological well-being of grandparents who provide supplementary grandchild care: a systematic review. *Journal of Family Studies*, *23*(1), 118-141. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1194306>
- Kim, M. H., Dunkle, R. E., Lehning, A. J., Shen, H. W., Feld, S., & Perone, A. K. (2017). Caregiver stressors and depressive symptoms among older husbands and wives in the United States. *Journal of Women and Aging*, *29*(6), 494-504. <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1223962>
- King, N., & Calasanti, T. (2013). Men's Aging Amidst Intersecting Relations of Inequality. *Sociology Compass*, *7*(9), 699-710. <https://doi.org/10.1111/soc4.12064>
- Kinney, J. M., Stephens, M. A. P., Franks, M. M., & Norris, V. K. (1995). Stresses and Satisfactions of Family Caregivers to Older Stroke Patients. *The Journal of Applied Gerontology*, *14*(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/073346489501400101>
- Kléver, B. (2016, febrero 13). Los «nuevos» viejos no se parecen a sus abuelos. *El telegrafo*. Recuperado a partir de <http://www.eltelgrafo.com.ec/noticias/palabra-mayor/17/los-nuevos-viejos-no-se-parecen-a-sus-abuelos>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4ª Edición). New York: Guilford Publications.
- Kluczyńska, U. (2015). Older husbands as carers - constructions of masculinity in context of care-giving. *Studia Humanistyczne AGH*, *14*(2), 73-94. <https://doi.org/10.7494/human.2015.14.2.73>

- Knäuper, B., & Turner, P. A. (2003). Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 12(Suppl.1), 81-89. <https://doi.org/10.1023/A:1023589907955>
- Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3037-3046. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04277.x>
- Koerner, S. S., Kenyon, D. Y. B., & Shirai, Y. (2009). Caregiving for elder relatives: Which caregivers experience personal benefits/gains? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.01.015>
- Kok, A. A. L., Aartsen, M. J., Deeg, D. J. H., & Huisman, M. (2017). Capturing the Diversity of Successful Aging: An Operational Definition Based on 16-Year Trajectories of Functioning. *The Gerontologist*, 57(2), 240-251. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv127>
- Kolomer, S. R., & McCallion, P. (2005). Depression and Caregiver Mastery in Grandfathers Caring for Their Grandchildren. *The International Journal of Aging and Human Development*, 60(4), 283-294. <https://doi.org/10.2190/K8RJ-X0AL-DU34-9VVH>
- Kolosnitsyna, M., Khorikina, N., & Dorzhiev, H. (2017). Determinants of Life Satisfaction in Older Russians. *Ageing International*, 42(3), 354-373. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9297-3>
- Korkostegui, M. J., Recalde, A. I., & Sanz, B. (2016). Discursos sobre los roles sociales de las mujeres mayores en la prensa. *Feminismo/s*, 27, 121-145. <https://doi.org/10.14198/fem.2016.27.07>
- Koropecykj-Cox, T. (2002). Beyond parental status: Psychological well-being in middle and old age. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 957-971. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00957.x>
- Koropecykj-Cox, T., & Call, V. R. A. (2007). Characteristics of older childless persons and parents: Cross-national comparisons. *Journal of Family Issues*, 28(10), 1362-1414. <https://doi.org/10.1177/0192513X07303837>
- Kotre, J. N. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Kotre, J. N. (1996). *Outliving the self: How we live on in future generations*. New York, NY: Norton.
- Kotre, J. N. (2004). Generativity and culture: What meaning can do. En E. De St.Aubin & D. P. McAdams (Eds.), *The Generative Society* (pp. 35-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kramer, B. J., & Thompson, E. H. (2001). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications. Springer series, focus on men*. New York: Springer Publishing Company.
- Kraus, M. W., Adler, N., & Chen, T. W. D. (2013). Is the association of subjective SES and self-rated health confounded by negative mood? An experimental approach. *Health Psychology*, 32(2), 138-145. <https://doi.org/10.1037/a0027343>

- Krause, N., Liang, J., & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distress in later life. *Psychology and Aging*, 5(3), 315-326. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037//0882-7974.5.3.315>
- Kryspin-Exner, I., Lamplmayr, E., & Felnhofer, A. (2011). Geropsychology: The gender gap in human aging-a mini-review. *Gerontology*, 57(6), 539-548. <https://doi.org/10.1159/000323154>
- Ku, L.-J. E., Stearns, S. C., Van Houtven, C. H., Lee, S. Y. D., Dilworth-Anderson, P., & Konrad, T. R. (2013). Impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Taiwan. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 1009-1021. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt090>
- Kuh, D., Cooper, R., Hardy, R., Richards, M., & Ben-Shlomo, Y. (2014). *A Life Course Approach to Healthy Ageing. A Life Course Approach to Healthy Ageing* (First ed.). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199656516.001.0001>
- Künemund, H. (2006). Changing Welfare States and the «Sandwich Generation»: Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(2), 11-29. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.061211>
- Kunzmann, U. (2008). Differential age trajectories of positive and negative affect: further evidence from the Berlin Aging Study. *The journals of gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63(5), P261-P270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/63.5.P261>
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511-526. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.3.511>
- Kuuppelomäki, M., Sasaki, A., Yamada, K., Asakawa, N., & Shimanouchi, S. (2004). Family carers for older relatives: *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 497-505. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.11.004>
- Kwong, E. W. Y., & Kwan, A. Y. H. (2007). Participation in health-promoting behaviour: Influences on community-dwelling older Chinese people. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 522-534. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04132.x>
- Lakomý, M. (2018). Is providing informal care a path to meaningful and satisfying ageing? *European Societies*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/14616696.2018.1547838>
- Landau, R., & Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: the role of health, personality and social support. *International journal of aging & human development*, 52(4), 265-280. <https://doi.org/10.2190/RUMT-YCDX-X5HP-P2VH>
- Landry-Meyer, L., Gerard, J. M., & Guzell, J. R. (2005). Caregiver Stress Among Grandparents Raising Grandchildren: The Functional Role of Social Support. *Marriage & Family Review*, 37(1-2), 171-190. [https://doi.org/10.1300/J002v37n01\\_11](https://doi.org/10.1300/J002v37n01_11)

- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*, 22(5), 443-450. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Lasgaard, M. (2007). Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1359-1366. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.013>
- Lawlor, D. A., Taylor, M., Bedford, C., & Ebrahim, S. (2002). Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(6), 473-478. <https://doi.org/10.1136/jech.56.6.473>
- Lee, E., Clarkson-Hendrix, M., & Lee, Y. (2016). Parenting stress of grandparents and other kin as informal kinship caregivers: A mixed methods study. *Children and Youth Services Review*, 69, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.07.013>
- Lee, G. R. (1992). Gender differences in family caregiving: A fact in search of a theory. En J. W. Dwyer & R. T. Coward (Eds.), *Gender, families, and elder care. Sage focus editions, Vol. 138* (pp. 120-131). Thousand Oaks, CA, US: SAGE Publications Inc.
- Lee, G. R., & DeMaris, A. (2007). Widowhood, Gender, and Depression. *Research on Aging*, 29(1), 56-72. <https://doi.org/10.1177/0164027506294098>
- Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 56(1), S56-S61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.S56>
- Lee, H. J., Lee, S. G., Chun, S. Y., & Park, E. C. (2017). Sex differences in depressive effects of experiencing spousal bereavement. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(2), 322-329. <https://doi.org/10.1111/ggi.12712>
- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, 20(4), 370-379. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1013920>
- Lee, J. E., Kahana, E., Kahana, B., & Barnes, K. (2015). Positive affect, depressive symptoms, and arthritis pain of elderly people over time. *Healthy aging Research*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.12715/har.2015.4.16>
- Lee, K., Martin, P., & Poon, L. W. (2017). Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging and Mental Health*, 21(11), 1214-1221. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206512>
- Lee, P. L., Lan, W., & Yen, T. W. (2011). Aging successfully: A four-factor model. *Educational Gerontology*, 37(3), 210-227. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.487759>

- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health, 152*, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lemaster, P., Delaney, R., & Strough, J. N. (2017). Crossover, Degendering, or...? A Multidimensional Approach to Life-Span Gender Development. *Sex Roles, 76*(11-12), 669-681. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0563-0>
- Leonard, W. M. (1982). Successful aging: An elaboration of social and psychological factors. *The International Journal of Aging & Human Development, 14*(3), 223-232. <https://doi.org/10.2190/VU7R-BJ90-LC2M-U696>
- Leung, G. T. Y., de Jong Gierveld, J., & Lam, L. C. W. (2008). Validation of the Chinese translation of the 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale in elderly Chinese. *International psychogeriatrics / IPA, 20*(6), 1262-1272. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007552>
- Li, C. E., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence, 41*(163), 409-415. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17225659>
- Li, T., & Zhang, Y. (2015). Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations. *Social Science and Medicine, 130*, 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.007>
- Liang, J., Bennett, J. M., Shaw, B. A., Quiñones, A. R., Ye, W., Xu, X., & Ofstedal, M. B. (2008). Gender differences in functional status in middle and older age: are there any age variations? *The journals of gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences, 63*(5), S282-S292. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geronb/63.5.S282>
- Liang, J., & Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies, 26*(3), 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.001>
- Liao, J., McMunn, A., Mejía, S. T., & Brunner, E. J. (2018). Gendered trajectories of support from close relationships from middle to late life. *Ageing and Society, 38*(4), 746-765. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001264>
- Liebler, C. A., & Sandefur, G. D. (2002). Gender differences in the exchange of social support with friends, neighbours, and co workers at midlife. *Social Science Research, 31*(3), 364-391. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0049-089X\(02\)00006-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0049-089X(02)00006-6)
- Liew, T. M., Luo, N., Ng, W. Y., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 29*(2), 115-122. <https://doi.org/10.1159/000275569>
- Limón, M. R., & Berzosa, G. (2006). Siglo XXI, Envejecimiento y solidaridad. *Revista galega do Ensino, 14*(48), 59-88. Recuperado a partir de <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/79285>

- Lindenberger, U., Smith, J., Mayer, K., & Baltes, P. B. (2010). *Die Berliner Altersstudie*. (Die Berliner Altersstudie, Ed.) (3ª edición). Berlin: Akademie Verlag. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-0024-F398-2>
- Litwin, H. (2010). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *Journals of Gerontology: Serie B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B(5), 599-608. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp104>
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network type and mortality risk in later life. *Gerontologist*, 46(6), 735-743. <https://doi.org/10.1093/geront/46.6.735>
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *Gerontologist*, 51(3), 379-388. <https://doi.org/gnq094> [pii] 10.1093/geront/gnq094
- Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2013). The social networks of older Europeans. En C. Phellas (Ed.), *Aging in European Societies: Healthy Aging in Europe* (pp. 177-190). Boston, MA: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8345-9\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8345-9_12)
- Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2014). Confidant network types and well-being among older europeans. *Gerontologist*, 54(5), 762-772. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt056>
- Litwin, H., Stoeckel, K. J., & Schwartz, E. (2015). Social networks and mental health among older Europeans: are there age effects? *European Journal of Ageing*, 12(4), 299-309. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0347-y>
- Liu, L. J., & Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275-1280. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9250-0>
- Lloyd, J., Patterson, T., & Muers, J. (2016). The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*, 15(6), 1534-1561. <https://doi.org/10.1177/1471301214564792>
- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2014). The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1854-1867. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012>
- López-Doblas, J., & Díaz-Conde, M. D. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>
- López-Martínez, C., Frías-Osuna, A., & del-Pino-Casado, R. (2017). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.005>
- López-Martínez, C., Frías-Osuna, A., & del-Pino-Casado, R. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.005>

- López-Torres, J., Navarro, B., Párraga, I., Andrés, F., Latorre, J. M., & Escobar, F. (2010). Psychological well-being, assessment tools and related factors. En I. E. Wells (Ed.), *Psychological Well-Being* (pp. 77-113). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- López-Ulloa, B. F., Møller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Journal of Population Ageing*, 6(3), 227-246. <https://doi.org/10.1007/s12062-013-9085-0>
- López, D. J., Del Río, F. J., & Ruiz, A. M. (2014). Análisis psicométrico de la Escala de Soledad de UCLA (Versión 3) en una muestra de guardias civiles. *Apuntes de Psicología*, 32(3), 283-290. Recuperado a partir de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/527/417>
- López, J. (2010). ¿Es saludable la relación abuelos-nietos para los niños?/Is grandparents-grandchildren relationship healthy for children? *Acta Pediátrica Española*, 68(8), 389-393. Recuperado a partir de <https://core.ac.uk/download/pdf/62849138.pdf>
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.12.001>
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-334. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
- Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 277-292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>
- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202. <https://doi.org/10.1080/13607860903167838>
- Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., & Pillemer, K. (2018). Ambivalence and guilt feelings: Two relevant variables for understanding caregivers' depressive symptomatology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 59-64. <https://doi.org/10.1002/cpp.2116>
- Lou, V. W. Q. (2010). Life Satisfaction of Older Adults in Hong Kong: The Role of Social Support from Grandchildren. *Social Indicators Research*, 95(3), 377-391. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9526-6>
- Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11(3), 42-52. <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>

- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln-Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Lubben, J., & Gironde, M. (2004). Measuring Social Networks and Assessing their Benefits. En C. Phillipson, G. Allan, & D. H. J. C. N.-H. . S. 2004 Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: sociological and policy perspectives* (pp. 20–49). Aldershot, England: Ashgate.
- Lubben, J., Gironde, M., & Lee, A. (2002). Refinements to the Lubben Social Network Scale: The LSNS-R. *The Behavioral Measurements Letter*, 7(2), 2-11. Recuperado a partir de <http://bmdshapi.com/newsletters/7-2-winter-2002.pdf>
- Lucas, R. E., Diener, E. E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>
- Luhmann, M., & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943-959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Lumpkin, J. R. (2008). Grandparents in a parental or near-parental role: Sources of stress and coping mechanisms. *Journal of Family Issues*, 29(3), 357-372. <https://doi.org/10.1177/0192513X07307848>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Lüscher, K. (2011). Ambivalence: A «sensitizing construct» for the study and practice of intergenerational relationships. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(2), 191-206. <https://doi.org/10.1080/15350770.2011.568338>
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Lyyra, T.-M., & 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-S152. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.S147>
- Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0410-3>

- Mahne, K., & Huxhold, O. (2015). Grandparenthood and Subjective Well-Being: Moderating Effects of Educational Level. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(5), 782-792. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu147>
- Majón-Valpuesta, D., Ramos, P., & Pérez-Salanova, M. (2016). Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 15(2), 53-63. <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL16-ISSUE2-FULLTEXT-833>
- Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J., & Borrell, C. (2012). Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health*, 22(6), 781-786. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr184>
- Mann, R. (2007). Out of the shadows?: Grandfatherhood, age and masculinities. *Journal of Aging Studies*, 21(4), 281-291. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.008>
- Mann, R., Tarrant, A., & Leeson, G. W. (2015). Grandfatherhood: Shifting Masculinities in Later Life. *Sociology*, 50(3), 594-610. <https://doi.org/10.1177/0038038515572586>
- Månsdotter, A., Lindholm, L., Lundberg, M., Winkvist, A., & Öhman, A. (2006). Parental share in public and domestic spheres: A population study on gender equality, death, and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7), 616-620. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041327>
- Mansson, D. H. (2016). The Joy of Grandparenting: A Qualitative Analysis of Grandparents. *Journal of Intergenerational Relationships*, 14(2), 135-145. <https://doi.org/10.1080/15350770.2016.1160738>
- Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G. M., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 64(1), 77-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031>
- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: Model and measures. *Journal of Adult Development*, 2(2), 125-136. <https://doi.org/10.1007/BF02251260>
- Margolis, R., & Myrskylä, M. (2011). A Global Perspective on Happiness and Fertility. *Population and Development Review*, 37(1), 29-56. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00389.x>
- Marks, N. F., Lambert, J. D., & Choi, H. (2002). Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: A prospective U.S. national study. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 657-667. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00657.x>
- Marone, S., Bloore, K., Sebastiani, P., Flynn, C., Leonard, B., Whitaker, K., ... Andersen, S. L. (2018). Purpose in Life Among Centenarian Offspring. *The Journals of Gerontology: Series B*, gby023. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby023>
- Marsillas, S. (2016). *Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, España. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10347/14997>

- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., ... Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing*, 14(3), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0413-8>
- Martin, C. L., Cook, R. E., & Andrews, N. C. Z. (2017). Reviving Androgyny: A Modern Day Perspective on Flexibility of Gender Identity and Behavior. *Sex Roles*, 76(9-10), 592-603. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0602-5>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martínez-Martínez, A. L. (2015). *Análisis del fenómeno de los abuelos cuidadores en el área metropolitana de Murcia* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Martínez, A. (2011). Los cuerpos del sistema sexo/género: Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología*, (12), 127-144. Recuperado a partir de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf)
- Martínez, M. (2016). *Veinte años de "Envejecimiento activo", una visión optimista de la vejez*. Blog Envejecimiento [en-red]. Recuperado a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2016/10/27/veinte-anos-de-envejecimiento-activo-una-vision-optimista-de-la-vejez-i-hope-i-die-before-get-old/>
- Martinson, M., & Berridge, C. (2015). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *Gerontologist*, 55(1), 58-69. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu037>
- Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000300004>
- Matud, P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.046>
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam022e.pdf>
- Max Planck Institute for Human Development. (2017). Berlin Aging Study (BASE). Recuperado 25 de enero de 2018, a partir de <https://www.base-berlin.mpg.de/en>
- Mayor, E. (2015). Gender roles and traits in stress and health. *Frontiers in Psychology*, 6(779), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00779>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe>

- Mc Donnell, E., & Ryan, A. (2013). Male caregiving in dementia: A review and commentary. *Dementia*, 12(2), 238-250. <https://doi.org/10.1177/1471301211421235>
- McAdams, D. P., & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1003-1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E., & Logan, R. L. (1993). Generativity Among Young, Midlife, and Older Adults. *Psychology and Aging*, 8(2), 221-230. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.221>
- McAdams, D. P., Hart, H. M., & Maruna, S. (1998). The anatomy of generativity. En D. P. McAdams & E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and adult development* (pp. 7-43). Washington, DC: American Psychological Association.
- McAdams, D. P., & Logan, R. L. (2004). What is generativity? En E. St. Aubin, D. P. McAdams, & T. C. Kim (Eds.), *The generative society: Caring for future generations* (pp. 15-31). Washington: American Psychological Association Press.
- McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52(4), 547-559. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00159-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00159-3)
- McDonough, P., Walters, V., & Stroschein, L. (2002). Chronic Stress and the Social Patterning of Women's Health in Canada. *Social Science & Medicine*, 54(5), 767-782. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00108-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00108-3)
- McGarrigle, C. A., Timonen, V., & Layte, R. (2018). Choice and Constraint in the Negotiation of the Grandparent Role: A Mixed-Methods Study. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4. <https://doi.org/10.1177/2333721417750944>
- McIntosh, C. N. (2001). Report on the Construct Validity of the Temporal Satisfaction with Life Scale. *Social Indicators Research*, 54(1), 37-56. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1007264829700>
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). Purpose in Life as a System That Creates and Sustains Health and Well-Being: An Integrative, Testable Theory. *Review of General Psychology*, 13(3), 242-251. <https://doi.org/10.1037/a0017152>
- McLaughlin, D., Vagenas, D., Pachana, N. A., Begum, N., & Dobson, A. (2010). Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 671-679. <https://doi.org/10.1177/1359105310368177>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353-375. <https://doi.org/10.1177/000312240607100301>
- Meggiolaro, S. (2013). *Life satisfaction among the elderly in Italy in a gender approach. Working Paper Series, N.6*. Padua: Department of Statistical Science, University of Padua, Italy. Recuperado a partir de <http://paduaresearch.cab.unipd.it/7118/>

- Meggiolaro, S., & Ongaro, F. (2015). Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach. *Ageing and Society*, 35(7), 1481-1504. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000646>
- Mehta, C. M., & Keener, E. (2017). Oh the Places We'll Go! Where will Sandra Bem's Work Lead Us Next? *Sex Roles*, 76(11-12), 637-642. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0735-1>
- Mein, G., Martikainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2003). Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), 46-49. <https://doi.org/10.1136/jech.57.1.46>
- Meléndez-Moral, J. C., Tomás-Miguel, J. M., & Navarro-Pardo, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408-414. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000600007>
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomas, J. M. (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish journal of psychology*, 15(3), 1089-1098. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de psicología*, (95), 29-42. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Tomas3/publication/28262936\\_La\\_satisfaccion\\_vital\\_en\\_los\\_mayores\\_Factores\\_sociodemograficos/links/0912f50f046bfe8636000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Tomas3/publication/28262936_La_satisfaccion_vital_en_los_mayores_Factores_sociodemograficos/links/0912f50f046bfe8636000000.pdf)
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(2), 90-95. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71161-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71161-2)
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales De Psicología*, 27(1), 164-169. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/167/16717018019/>
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.02.008>
- Meng, X., & D'Arcy, C. (2013). Successful aging in Canada: Prevalence and predictors from a population-based sample of older adults. *Gerontology*, 60(1), 65-72. <https://doi.org/10.1159/000354538>
- Merton, R. K. (1968). The Matthew Effect in Science: The reward and communication systems of science are considered. *Science*, 159(3810), 56-63. <https://doi.org/10.1126/science.159.3810.56>
- Merz, E. M., Schulze, H. J., & Schuengel, C. (2010). Consequences of filial support for two generations: A narrative and quantitative review. *Journal of Family Issues*, 31(11), 1530-1554. <https://doi.org/10.1177/0192513X10365116>

- Milkie, M. A., Bierman, A., & Schieman, S. (2008). How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 71(1), 86-105. <https://doi.org/10.1177/019027250807100109>
- Miller, D. A. (1981). The 'sandwich' generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419-423. <https://doi.org/10.1093/sw/26.5.419>
- Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G., & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. *The journals of gerontology: Series A, Biological sciences and medical sciences*, 57(3), M155-M161. <https://doi.org/10.1093/gerona/57.3.M155>
- Mitchell, R. (2005). Commentary: The decline of death - How do we measure and interpret changes in self-reported health across cultures and time? *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 306-308. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh361>
- Moieni, A. (2017). *Title Feeling Needed: Effects of Generativity on Health and Well-Being in Older Women* (Tesis doctoral). University of California, Los Ángeles, EE.UU. Recuperado a partir de <https://escholarship.org/uc/item/13n2n8cx>
- Molarius, A., Granström, F., Lindén-Boström, M., & Elo, S. (2014). Domestic work and self-rated health among women and men aged 25–64 years: Results from a population-based survey in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 52-59. <https://doi.org/10.1177/1403494813503056>
- Molina, C. J., & Melendez, J. C. (2006). Bienestar psicologico en envejecientes de la Republica Dominicana. *Geriatría*, 22(3), 97-105. Recuperado a partir de <https://www.uv.es/~melendez/envejecimiento/bienestar.pdf>
- Møller, T., Gudde, C., Folden, G., & Linaker, O. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: gender differences, health and functioning. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 153-160. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00605.x>
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Yusoff, S., Ibrahim, R., Chai, S. T., Yahaya, N., & Abdullah, S. S. (2012). Loneliness as a risk factor for hypertension in later life. *Journal of Aging and Health*, 24(4), 696-710. <https://doi.org/10.1177/0898264311431305>
- Momtaz, Y. A., Ibrahim, R., Hamid, T. A., & Yahaya, N. (2011). Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging and Mental Health*, 15(4), 437-445. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.536141>
- Monreal-Bosch, P., Gifre, M., & del Valle, A. (2013). Envejeciendo en un mundo cambiante. El entorno rural una nueva realidad social. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 13(2), 47-63. <https://doi.org/doi:10.5565/rev/athenead/v13n2.951>
- Montero, P., Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Rodríguez, S. (2011). Anthropometric, Body Composition and Health Determinants of Active Ageing: a Gender Approach and Health Determinants of Active Ageing: a Gender Approach. *Journal of Biosocial Science*, 43(5), 597-610. <https://doi.org/10.1017/S0021932011000228>

- Montes de Oca, V. (2005). *Redes comunitarias, género y envejecimiento: Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultas mayores: la experiencia de la colonia de Aragón en la delegación Gustavo A. Madero*. CD de México. (Vol. 17). México: Cuadernos de Investigación, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/LibroRedes.pdf>
- Montpetit, M., Nelson, N. A., Gast, A., & Gupta, T. (2015). Daily generative concern and well-being: The role of dispositional generativity and purpose in life. *The Gerontologist*, 55(Suppl\_2), 442-443. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv190.07>
- Moon, J. R., Kondo, N., Glymour, M. M., & Subramanian, S. V. (2011). Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 6(8), e23465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023465>
- Moore, R. C., Eyler, L. T., Mausbach, B. T., Zlatar, Z. Z., Thompson, W. K., Peavy, G., ... Jeste, D. V. (2015). Complex Interplay between Health and Successful Aging: Role of Perceived Stress, Resilience, and Social Support. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 622-632. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.08.004>
- Moore, S. M., & Rosenthal, D. A. (2015). Personal growth, grandmother engagement and satisfaction among non-custodial grandmothers. *Aging and Mental Health*, 19(2), 136-143. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920302>
- Moorman, S. M., & Stokes, J. E. (2016). Solidarity in the grandparent-adult grandchild relationship and trajectories of depressive symptoms. *Gerontologist*, 56(3), 408-420. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu056>
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia ergo sum*, 18(2), 117-125. <https://doi.org/10.5294/dika.2016.25.1.2>
- Morcillo, V. (2017). *Desigualdades en la salud autopercibida de la población española. Revisión sistemática de la literatura* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España. Recuperado a partir de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680091/morcillo\\_cebolla\\_victoria.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680091/morcillo_cebolla_victoria.pdf?sequence=1)
- Morcillo, V., de Lorenzo-Cáceres, A., Domínguez, P., Rodríguez, R., & Torijano, M. J. (2014). Desigualdades en la salud autopercibida de la población española mayor de 65 años. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 511-521. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008>
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.189>
- Muller, Z., & Litwin, H. (2011). Grandparenting and psychological well-being: How important is grandparent role centrality? *European Journal of Ageing*, 8(2), 109-118. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0185-5>

- Muñoz-Pérez, M. A., & Zapater-Torras, F. (2006). [Impact of caring for grandchildren on the perceived health and social support of the grandmothers]. *Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 37(7), 374-378. <https://doi.org/10.1157/13087374>
- Muñoz-Pérez, M. A., & Zapater-Torras, F. (2006). Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención Primaria*, 37(7), 374-379. <https://doi.org/10.1157/13087374>
- Muñoz, F., & Espinosa, J. M. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria*, 40(6), 305-309. <https://doi.org/10.1157/13123684>
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing*, 38(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.017>
- Musil, C. M., Gordon, N. L., Warner, C. B., Zauszniewski, J. A., Standing, T., & Wykle, M. (2011). Grandmothers and caregiving to grandchildren: Continuity, change, and outcomes over 24 months. *Gerontologist*, 51(1), 86-100. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq061>
- Musil, C., Warner, C., Zauszniewski, J., Wykle, M., & Standing, T. (2009). Grandmother caregiving, family stress and strain, and depressive symptoms. *Western Journal of Nursing Research*, 31(3), 389-408. <https://doi.org/10.1177/0193945908328262>
- Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002*. Naciones Unidas. Nueva York. Recuperado a partir de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Naciones Unidas (2012). Resolución aprobada por la Asamblea General el 28 de junio de 2012. Día Internacional de la Felicidad, Pub. L. No. A/RES/66/281 (2012). Recuperado a partir de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/281>
- Naciones Unidas. (2014a). *La situación demográfica en el mundo 2014. Informe conciso*. Nueva York. Recuperado a partir de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise Report on the World Population Situation 2014/es.pdf>
- Naciones Unidas. (2014b). *Más de la mitad de la población vive en áreas urbanas y seguirá creciendo*. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Recuperado 22 de diciembre de 2017, a partir de <http://www.un.org/es/development/desa/news/population/world-urbanization-prospects-2014.html>
- Naciones Unidas. (2015). *World Population Ageing*. New York. Recuperado a partir de [http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/UN\(2015\)WorldPopulationAgeingReport.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/UN(2015)WorldPopulationAgeingReport.pdf)

- Navarro, A. B., Bueno, B., & Buz, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society, & Education*, 5(1), 41-57. Recuperado a partir de [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2884/Navarro\\_et\\_al.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2884/Navarro_et_al.pdf?sequence=1)
- Navarro, E., Meléndez, J. C., & Tomás, J. M. (2007). Influencia de la edad en el bienestar de los mayores. En *49 Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 6-9 de junio*. Palma de Mallorca.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11(4), 313-319. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0312-1>
- Neto, F. (2014). Socio-Demographic Predictors of Loneliness Across the Adult Life Span in Portugal. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 8(2), 222-230. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v8i2.171>
- Netto, R. N., Jenny, G. Y. N., & Philip, Y. L. K. (2009). Growing and gaining through caring for a loved one with dementia. *Dementia*, 8(2), 245-261. <https://doi.org/10.1177/1471301209103269>
- Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. B. (2006). Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Neugarten, B. (1972). Personality and the Aging Process. *The Gerontologist*, 12(1\_part\_1), 9-15. [https://doi.org/10.1093/geront/12.1\\_Part\\_1.9](https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9)
- Neville, S., Adams, J., Montayre, J., Larmer, P., Garrett, N., Stephens, C., & Alpass, F. (2018). Loneliness in Men 60 Years and Over: The Association With Purpose in Life. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 730-739. <https://doi.org/10.1177/1557988318758807>
- Ng, S. T., Tey, N. P., & Asadullah, M. N. (2017). What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PLoS ONE*, 12(2), e0171799. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171799>
- Ng, T. P., Broekman, B. F. P., Niti, M., Gwee, X., & Kua, E. H. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among chinese elderly in singapore. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 407-416. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>
- Nguyen, A. W., Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Mouzon, D. M. (2016). Social Support from Family and Friends and Subjective Well-Being of Older African Americans. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 959-979. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9626-8>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194-206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>

- Niimi, Y. (2016). The “Costs” of informal care: an analysis of the impact of elderly care on caregivers’ subjective well-being in Japan. *Review of Economics of the Household*, 14(4), 779-810. <https://doi.org/10.1007/s11150-016-9333-1>
- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C. L. (1999). Gender Differences in Well Being. En D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of Hedonic Psychology* (pp. 330-352). New York: Russell Sage Foundation.
- Noriega, C. (2015). *Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos : valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/31093/1/T36206.pdf>
- Noriega, C., López, J., Domínguez, R., & Velasco, C. (2017). Perceptions of grandparents who provide auxiliary care: value transmission and child-rearing practices. *Child and Family Social Work*, 22(3), 1227-1236. <https://doi.org/10.1111/cfs.12339>
- O’Reilly, D., Rosato, M., Maguire, A., & Wright, D. (2015). Caregiving reduces mortality risk for most caregivers: A census-based record linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 44(6), 1959-1969. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv172>
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 59(11), 2259-2270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.024>
- Oksuzyan, A., Crimmins, E. M., Saito, Y., O’Rand, A., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2010). Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*, 25(7), 471-480. <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9460-6>
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging clinical and experimental research*, 20(2), 91-102. <https://doi.org/10.1007/BF03324754>
- Okun, M. A., Yeung, E. W., & Brown, S. L. (2013). Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 28(2), 564-577. <https://doi.org/10.1037/a0031519>
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R., & Smidt, N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0387-y>
- OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Suplemento de la 45ª edición, 2006*. New York. Recuperado a partir de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS. (1974). *Organización Mundial de la Salud. Serie de informes técnicos N°548. Planificación y Organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos*. Ginebra. Recuperado a partir de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO\\_TRS\\_548\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO_TRS_548_spa.pdf?sequence=1)

- OMS. (1978). *Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra. Recuperado a partir de <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- OMS. (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Recuperado a partir de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- OMS. (2016). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. Asamblea Mundial de la Salud, 69ª*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.who.int/iris/handle/10665/253189>
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud | Depresión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado 2 de marzo de 2018, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443-449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- ONU. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Naciones Unidas*. Nueva York. Recuperado a partir de [http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing\\_full\\_report\\_S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf)
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2367-2380. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105. Recuperado a partir de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- Orgeta, V., & Sterzo, E. Lo. (2013). Sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 973-980. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000203>

- Ortega-Navas, M. del C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 462-470. Recuperado a partir de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaREOP-2010-21-2-5230/Documento.pdf>
- Oshio, T. (2012). Gender Differences in the Associations of Life Satisfaction with Family and Social Relations Among the Japanese Elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3), 259-274. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9169-y>
- Ostir, V., Ottenbacher, J., & Markides, S. (2004). Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect. *Psychology and aging*, 19(3), 402-408. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.19.3.402>
- Östlin, P., Sen, A., & Gita, G. (2002). Género, salud y equidad: las intersecciones. En T. Evans (Ed.), *Desafío a la falta de equidad en la salud : de la ética a la acción* (pp. 189-205). Washington: Pan American Health Org.
- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: Vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16(1), 16-25. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1997480>
- Otero, Á. (2009). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. La experiencia del estudio «Envejecer en Leganés». *Cuadernos aragoneses de economía*, 19(2), 205-224. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3199307>
- Otero, Á., Zunzunegui, M.-V., Béland, F., Rodríguez-Laso, Á., & García de Yébenes, M. J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable. Documentos de Trabajo 9*. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado a partir de [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/dt9\\_2006\\_2.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/dt9_2006_2.pdf)
- Ouchi, Y., Rakugi, H., Arai, H., Akishita, M., Ito, H., Toba, K., & Kai, I. (2017). Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society. *Geriatr Gerontol Int*, 17(7), 1045-1047. <https://doi.org/10.1111/ggi.13118>
- Ouweland, C., de Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873-884. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003>
- Pachana, N. A., McLaughlin, D., Leung, J., Byrne, G., & Dobson, A. (2012). Anxiety and depression in adults in their eighties: Do gender differences remain? *International Psychogeriatrics*, 24(1), 145-150. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001372>
- Pan, Y., & Jones, P. S. (2017). Correlates of Perceived Social Support in Chinese Adult Child Caregivers of Parent Stroke Survivors. *Journal of Nursing Research*, 25(5), 383-391. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000173>
- Pardo, A., Garrido, J., Ruiz, M. Á., & San Martín, R. (2007). La interacción entre los factores en el análisis de la varianza: errores de interpretación. *Psicothema*, 19(2), 343-349. Recuperado a partir de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719224.pdf>

- Park, H.-O. H. (2009). Factors Associated with the Psychological Health of Grandparents as Primary Caregivers: An Analysis of Gender Differences. *Journal of Intergenerational Relationships*, 7(2-3), 191-208. <https://doi.org/10.1080/15350770902852393>
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.492391>
- Parra-Rizo, M. A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche. Elche, España. Recuperado a partir de [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD\\_Parra\\_Rizo%2C\\_Maria\\_Antonia.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD_Parra_Rizo%2C_Maria_Antonia.pdf)
- Parslow, R. A., Lewis, V. J., & Nay, R. (2011). Successful aging: Development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older Australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2077-2083. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03665.x>
- Parveen, S., Morrison, V., & Robinson, C. A. (2011). Ethnic variations in the caregiver role: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 862-872. <https://doi.org/10.1177/1359105310392416>
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012(382972), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Paúl, C., Teixeira, L., & Ribeiro, O. (2017). Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. *Frontiers in Medicine*, 4(181), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00181>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. [https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. M. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340-354. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11)
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ... Henderson, S. R. (2010). The Positive Aspects of the Caregiving Journey With Dementia: Using a Strengths-Based Perspective to Reveal Opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 640-659. <https://doi.org/10.1177/0733464809341471>

- Pedersen, W. C., Putcha-Bhagavatula, A., & Miller, L. C. (2011). Are Men and Women Really That Different? Examining Some of Sexual Strategies Theory (SST)'s Key Assumptions about Sex-Distinct Mating Mechanisms. *Sex Roles*, 64(9-10), 629-643. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9811-5>
- Peixoto, C. J. (2017). *¿Qué sabes sobre la generatividad en la vejez?*. Universidad Internacional de Valencia, VIU. Recuperado 28 de marzo de 2018, a partir de <https://www.universidadviu.es/sabes-la-generatividad-la-vejez/>
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd Ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Penning, M. J., Liu, G., & Chou, P. H. B. (2014). Measuring Loneliness Among Middle-Aged and Older Adults: The UCLA and de Jong Gierveld Loneliness Scales. *Social Indicators Research*, 118(3), 1147-1166. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0461-1>
- Perales, J., Martin, S., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Garin, N., Koskinen, S., ... Haro, J. M. (2014). Factors associated with active aging in Finland, Poland, and Spain. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1363-1375. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000520>
- Pérez-Díaz, J. (2000). La feminización de la vejez. *Revista Catalana de Sociología. Centre d'Estudis Demogràfics*, 1-30. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Julio\\_Diaz8/publication/237389413\\_La\\_feminizacion\\_de\\_la\\_vejez/links/00b49534cfbaf3d335000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Julio_Diaz8/publication/237389413_La_feminizacion_de_la_vejez/links/00b49534cfbaf3d335000000.pdf)
- Pérez-Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (104), 91-121. <https://doi.org/10.2307/40184570>
- Pérez, E., Medrano, L., & Sánchez Rosas, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30882/1852.4206.v5.n1.5160>
- Pérez, M. V, & Morales, J. (2014). Desigualdad de Género en el Cuidado Informal de Grandes Dependientes y su Impacto en la Salud. *Revista Cuidándote digital*, VII(2), 1-16. Recuperado a partir de [http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2014/Volumen7/Articulos/1Desigualdad\\_genero\\_cuidado\\_informal\\_.pdf](http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2014/Volumen7/Articulos/1Desigualdad_genero_cuidado_informal_.pdf)
- Peris, C. (2016). *Cuidar para despedirse: el rol del cuidador principal durante la enfermedad avanzada* (Trabajo fin de Grado). Universitat Jaume I. Castellón, España. Recuperado a partir de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/162858>
- Perkins, J. M., Lee, H., James, K. S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., ... Subramanian, S. V. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16(1032), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>

- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. En S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (pp. 31–56). London: Academic Press.
- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2005). Aging parents and their middle-aged children: Demographic and psychosocial challenges. *European Journal of Ageing*, 2(3), 183-191. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0003-z>
- Perrig-Chiello, P., & Hutchison, S. (2010a). Health and well-being in old age: The pertinence of a gender mainstreaming approach in research. *Gerontology*, 56(2), 208-213. <https://doi.org/10.1159/000235813>
- Perrig-Chiello, P., & Hutchison, S. (2010b). Research on ageing, health and gender: A long and winding road. *Gerontology*, 56(3), 348-350. <https://doi.org/10.1159/000266029>
- Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2016). Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 765-774. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv004>
- Perrig-Chiello, P., & Staehelin, H. (1996). Frauen und Gesundheit im Alter-Objektive und subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von pensionierten Arbeiterinnen und Angestellten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-psychiatrie*, 9(3), 195-205.
- Perrig-Chiello, P., & Sturzenegger, M. (2001). Social relations and filial maturity in middle-aged adults: Contextual conditions and psychological determinants. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(1), 21-27. <https://doi.org/10.1007/s003910170087>
- Peterson, B. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity. *Psychology and Aging*, 17(1), 161-168. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.161>
- Peterson, T. L. (2017). Changes in Health Perceptions among Older Grandparents Raising Adolescent Grandchildren. *Social Work in Public Health*, 32(6), 394-406. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1327389>
- Pethtel, O., & Chen, Y. (2010). Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 25(3), 725-729. <https://doi.org/10.1037/a0018511>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos-López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Phatharapreeyakul, L., Kraithaworn, P., & Piaseu, N. (2016). Perceived Social Isolation, Self-Care Behaviors and Health Status among Community Dwelling Older Adults Living Alone. *The Bangkok Medical Journal*, 11, 17-23. Recuperado a partir de <http://submit.bangkokmedjournal.com/index.php/bangkok-medical-journal/article/view/328>

- Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., & 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. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52056.x>
- Phillips, L. R., & Reed, P. G. (2010). End-of-life caregiver's perspectives on their role: Generative caregiving. *Gerontologist*, 50(2), 204-214. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp116>
- Pillemer, K., Suitor, J. J., Mock, S. E., Sabir, M., Pardo, T. B., & Sechrist, J. (2007). Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families. *Journal of Social Issues*, 63(4), 775-791. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00536.x>
- Pinazo-Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo-Hernandis & M. Sanchez-Martínez (Eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas* (pp. 219-256). Madrid: Pearson Educación.
- Pinazo-Hernandis, S. (2012). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. *Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional [Recurso electrónico]: claves para un envejecimiento activo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. Recuperado a partir de <http://www.iegd.org/links/pdf/5.Envejecimiento-activo-y-solidaridad-intergeneracional-claves-para-un-envejecimiento-activo.pdf>
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Reflexionando sobre la vejez a través del cine. *Informació Psicológica*, 105, 91-109. <https://doi.org/http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/48/0>
- Pinazo-Hernandis, S., & Montoro, J. (2004). La relación entre abuelos y nietos. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 62(38), 147-168. <https://doi.org/10.3989/ris.2004.i38.257>
- Pinazo-Hernandis, S., & Núñez-Domínguez, T. (2016). Mujeres mayores en el cine. Una evaluación de los proyectos fílmicos. Elderly woman in films. An evaluation to the filmic projects. *Revista de Evaluación de Programas y*, 1(7), 96-115. <https://doi.org/10.5944/reppp.7.2016.17068>
- Pinazo-Hernandis, S., Sancho, P., Donio-Bellegarde, M., & Tomás, J. M. (2018). Validation of the UCLA Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of Exploratory Structural equation Modeling (ESM). *en revisión*.
- Pino-Domínguez, L., González-Vélez, A. E., Prieto-Flores, M. E., Ayala, A., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., ... Forjaz, M. J. (2014). Self-perceived health and quality of life by activity status in community-dwelling older adults. *Geriatrics and Gerontology International*, 14(2), 464-473. <https://doi.org/10.1111/ggi.12119>
- Pino-Domínguez, L., Navarro-Gil, P., González-Vélez, A. E., Prieto-Flores, M.-E., Ayala, A., Rojo-Pérez, F., ... Forjaz, M. J. (2016). Self-perceived health status, gender, and work status. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 386-394. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018030>

- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2(4), 375-405. <https://doi.org/10.1023/A:1013938001116>
- Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114. <https://doi.org/10.1007/s12126-002-1004-2>
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in Married, Widowed, Divorced, and Never-Married Older Adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 31-53. <https://doi.org/10.1177/02654075030201002>
- Pinquart, M., & Schindler, I. (2007). Changes of life satisfaction in the transition to retirement :A Latent Class Approach. *Psychology and aging*, 22(2), 442-455. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.22.3.442>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Networks, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age: a meta-analysis. En S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology research, Vol. 19* (pp. 111-143). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers. Recuperado a partir de <https://psycnet.apa.org/record/2003-00988-005>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001a). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Serie B Psychological sciences and social sciences*, 56(4), P195-P213. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.P195>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001b). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003a). Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), P112-P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging & Mental Health*, 8(5), 438-449. <https://doi.org/10.1080/13607860410001725036>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), P126-P137. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. *Psychology and Aging*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0021863>
- Ploubidis, G. B., Dale, C., & Grundy, E. (2012). Later life health in Europe: How important are country level influences? *European Journal of Ageing*, 9(1), 5-13. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0215-3>
- Ploubidis, G. B., & Grundy, E. (2009). Later-life mental health in Europe: A country-level comparison. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(5), 666-676. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp026>
- Plouffe, L. A. (2003). Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 855-860. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300018>
- Polenick, C. A., DePasquale, N., Eggebeen, D. J., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2016). Relationship Quality Between Older Fathers and Middle-Aged Children: Associations With Both Parties' Subjective Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(7), 1203-1213. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw094>
- Polenick, C. A., Kales, H. C., & Birditt, K. S. (2018). Perceptions of purpose in life within spousal care dyads: Associations with emotional and physical caregiving difficulties. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(1), 77-87. <https://doi.org/10.1093/abm/kax005>
- Polenick, C. A., Sherman, C. W., Birditt, K. S., Zarit, S. H., & Kales, H. C. (2018). Purpose in Life Among Family Care Partners Managing Dementia: Links to Caregiving Gains. *The Gerontologist*, gny063. <https://doi.org/10.1093/geront/gny063>
- Polizzi, L., & Arias, C. J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.785>
- Pongiglione, B., De Stavola, B. L., Kuper, H., & Ploubidis, G. B. (2016). Disability and all-cause mortality in the older population: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *European Journal of Epidemiology*, 31(8), 735-746. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0160-8>
- Portal Mayores. (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *Revista 60 y más*. N°314, 46-51. Recuperado a partir de <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 11(4), 216-226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003>

- Potier, F., Degryse, J. M., Henrard, S., Aubouy, G., & de Saint-Hubert, M. (2018). A high sense of coherence protects from the burden of caregiving in older spousal caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.013>
- Prats, J. (2013, junio 17). Desayuno con... Alex Kalache. *El País.com*. Recuperado a partir de [https://elpais.com/sociedad/2013/06/17/actualidad/1371497696\\_243112.html](https://elpais.com/sociedad/2013/06/17/actualidad/1371497696_243112.html)
- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, 16(2), 206-216. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.2.206>
- Pressey, S. L., & Simcoe, E. (1950). Case Study Comparisons of Successful and Problem Old People. *Journal of Gerontology*, 5(2), 168-175. <https://doi.org/10.1093/geronj/5.2.168>
- Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., & Martínez-Martin, P. (2011). Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177-194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>
- Prieto, D., Herranz, D., & Rodríguez-Rodríguez, P. (2015). *Envejecer sin ser mayor. Nuevos roles en la participación social en la edad de jubilación. Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal nº 2*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Recuperado a partir de [http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer\\_sin\\_ser\\_mayor/EnvejecerSinSerMayor\\_Web.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer_sin_ser_mayor/EnvejecerSinSerMayor_Web.pdf)
- Proyer, R. T., Gander, F., & Wyss, T. (2011). The Relation of Character Strengths to Past, Present, and Future Life Satisfaction among German-Speaking Women. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 370-384. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01060.x>
- Pruchno, R. A. (2017). International Aging: Spotlighting the Spotlights. *The Gerontologist*, 57(3), 392-395. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx067>
- Pruchno, R. A., & McKenney, D. (2002). Psychological well-being of Black and White grandmothers raising grandchildren: examination of a two-factor model. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, 57(5), P444-P452. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P444>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 B(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M., & Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist*, 50(6), 821-833. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq041>
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1), 1-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v5i1.4545>

- Pujol, R., Abellán, A., & Ramiro, D. (2014). La medición del envejecimiento (2ª edición). *Informes envejecimiento en red nº 9*, 1-39. Madrid. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-medicion-envejecimiento-2.pdf>
- Rabinowitz, Y. G., Mausbach, B. T., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2007). The relationship between self-efficacy and cumulative health risk associated with health behavior patterns in female caregivers of elderly relatives with Alzheimer's dementia. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 946-964. <https://doi.org/10.1177/0898264307308559>
- Radl, R. (2003). Transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez. *Papers: Revista de Sociología*, (70), 117-134. Recuperado a partir de <https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/viewFile/25743/25577>
- Radloff, L. S. (1977). A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Ramírez, S. (2017). Las estadísticas de género: herramienta transformadora para la desigualdad. *Revista Pluralidad y Consenso*, 7(31), 76-90. Recuperado a partir de <http://revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/402>
- Ramón, E. (2016). Solidaridad intergeneracional: aportación de los abuelos a la vida familiar en España". En *XII Congreso Español de Sociología: Grandes transformaciones sociales, nuevos desafíos para la Sociología* (pp. 1-24). Gijón, España: Federación Española de Sociología FES. Recuperado a partir de <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/2934.pdf>
- Rangel, Y. Y., Hernández, A., Hernández, L. E., Cruz, M., Rodríguez, M. del C., & Gaytán, D. (2017). Aportes del enfoque de género: en la investigación de cuidadores primarios en personas dependientes. *Index de Enfermería*, 26(3), 157-161. Recuperado a partir de <https://medes.com/publication/127092>
- Rapp, S. R., & Chao, D. (2000). Appraisals of strain and of gain: Effects on psychological wellbeing of caregivers of dementia patients. *Aging and Mental Health*, 4(2), 142-147. <https://doi.org/10.1080/13607860050008664>
- Räsänen, P. M., Kanste, O., Elo, S., & Kyngäs, H. (2014). Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 90-96. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n8p90>
- Raschick, M., & Ingersoll-Dayton, B. (2004). The Costs and Rewards of Caregiving Among Aging Spouses and Adult Children. *Family Relations*, 53(3), 317-325. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.0008.x>
- Ratigan, A., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2016). Sex differences in the association of physical function and cognitive function with life satisfaction in older age: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 89, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.04.007>

- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health*, 20(5), 529-542. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>
- Reichard, S., Frenkel-Brunswik, E., Livson, P., & Petersen, P. (1962). *Aging and personality: a Study of 87 Older Men*. New York: Wiley.
- Reinhard, S. C., Levine, C., & Samis, S. (2014). *Family Caregivers Providing Complex Chronic Care to Their Spouses*. AARP Public Policy Institute. Washington, DC: AARP Public Policy Institute. Recuperado a partir de <https://www.giaging.org/documents/family-caregivers-providing-complex-chronic-care-spouses-AARP-ppi-health.pdf>
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2004). Grandparenthood: factors influencing frequency of grandparent-grandchildren contact and grandparent role satisfaction. *The journals of gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, 59(1), S9-S16. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.1.S9>
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: Findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*, 14(1), 74-81. <https://doi.org/10.1002/wps.20193>
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS ONE*, 12(7), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., ... Miret, M. (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *PLoS ONE*, 11(1), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Ried, L. D., & Planas, L. G. (2002). Aging, health, and depressive symptoms: are women and men different? *Journal of women's health*, 11(9), 813-824. <https://doi.org/10.1089/15409990260430963>
- Rieker, P. P., & Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special\_Issue\_2), S40-S47. [https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special\\_Issue\\_2.S40](https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S40)
- Rigat-Pflaum, M. (2008). Gender Mainstreaming Un enfoque para la igualdad de los géneros. *Nueva sociedad*, (218), 40-56. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3988541>
- Riley, M. (1998). «Successful Aging». *The Gerontologist*, 38(2), 151. <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.151>

- Riley, M., & Riley, J. (1994). Structural lag: Past and future. En M. Riley, R. Kahn, A. Foner, & K. A. Mack (Eds.), *Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure* (pp. 15-36). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Río-Lozano, M. del. (2014). *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada, España. Recuperado a partir de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/34181#.Wq-bamrOXIV>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 12(2), 135-186. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Robertson, S. M., Zarit, S. H., Duncan, L. G., Rovine, M. J., & Femia, E. E. (2007). Family caregivers' patterns of positive and negative affect. *Family Relations*, 56(1), 12-23. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00436.x>
- Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L., & Tomlinson, J. (2014). The Male Face of Caregiving: A Scoping Review of Men Caring for a Person With Dementia. *American Journal of Men's Health*, 8(5), 409-426. <https://doi.org/10.1177/1557988313519671>
- Robson, D. (2015, octubre 9). Las teorías que explican por qué las mujeres viven más que los hombres. *BBC News /Mundo*. Recuperado a partir de [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151007\\_vert\\_fut\\_mujeres\\_viven\\_mas\\_hombres\\_yv](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/10/151007_vert_fut_mujeres_viven_mas_hombres_yv)
- Rodríguez-Blázquez, C., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., & Forjaz, M. J. (2017). Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults in Spain. En G. Tonon (Ed.), *Quality of Life in Communities of Latin Countries. Community Quality-of-Life and Well-Being* (pp. 269-286). Springer: Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-53183-0\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-53183-0_14)
- Rodríguez-Laso, A., McLaughlin, S. J., Urdaneta, E., & Yanguas, J. J. (2017). Defining and Estimating Healthy Aging in Spain: A Cross-sectional Study. *The Gerontologist*, 58(2), 388-398. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw266>
- Rodríguez-Laso, A., Zunzunegui, M.-V., & Otero, A. (2007). The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: A cohort study. *BMC Geriatrics*, 7(19), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-19>
- Rodríguez-Madrid, M. N., Del Río-Lozano, M., Fernandez-Peña, R., Jiménez-Pernett, J., García-Mochón, L., Lupiañez-Castillo, A., & García-Calvente, M. del M. (2019). Gender differences in social support received by informal caregivers: A personal network analysis approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010091>
- Rodríguez-Rodríguez, V. (2017). *¿Cómo interpretar el envejecimiento? La visión del público y los expertos en USA*. Blog Envejecimiento [en red]. Recuperado 24 de febrero de 2018, a partir de <https://envejecimientoenred.wordpress.com/2017/04/25/como-interpretar-el-envejecimiento-la-vision-del-publico-y-los-expertos-en-usa/#more-6895>

- Rodríguez-Rodríguez, V., Prieto-Flores, M. E., Lardiés-Bosque, R., Ahmed-Mohamed, K., Frades-Payo, M. B., Martínez-Martín, P., ... Rojo-Abuin, J. M. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. (F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas, Eds.) (1ª ed.). Bilbao: Fundación BBVA.
- Rodriguez-Rodriguez, V., Rojo-Pérez, F., & Fernandez-Mayoralas, G. (2017). Family and Social Networks and Quality of Life Among Community-Dwelling Older-Adults in Spain. En G. Tonon (Ed.), *Calidad de vida en comunidades de países latinos. Calidad de vida comunitaria y bienestar*. (pp. 227-253). Springer, Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-53183-0\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-53183-0_12)
- Rodríguez-Sánchez, E., Mora-Simón, S., Patino-Alonso, M. C., García-García, R., Escribano-Hernández, A., García-Ortiz, L., ... Gómez-Marcos, M. A. (2011). Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurology*, 11(147), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-147>
- Rodríguez-Sanz, M., Carrillo-Santistevé, P., & Borrell, C. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA, 1993-2003*. Barcelona: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado a partir de [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades\\_sociales\\_salud\\_y\\_SS.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf)
- Rodríguez, G., Rodríguez, P., Castejón, P., & Morán, E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal. Recuperado a partir de <http://www.fundacionpilares.org/laspersonasmayoresquevienen.php>
- Rodriguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 156-166. Recuperado a partir de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>
- Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Martínez, T., & García, A. (2014). *Cuidar, cuidarse y sentirse bien: Guía para personas cuidadoras según el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Recuperado a partir de [http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/guia\\_cuidar/guia\\_cuidar\\_web.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/guia_cuidar/guia_cuidar_web.pdf)
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000300005>
- Rogero-García, J. (2010a). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50.  
<https://doi.org/10.4321/S1132-12962010000100010>
- Rogero-García, J. (2010b). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Colección Estudios: Serie dependencia Nº 12011. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. Recuperado a partir de [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion\\_publicacion/index.htm?id=6](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=6)

- Rohlfesen, L. S., & Kronenfeld, J. J. (2014). Gender differences in functional health: Latent curve analysis assessing differential exposure. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 590-602. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu021>
- Rojo-Pérez, F., Fernandez-Mayoralas, G., & Rodriguez-Rodriguez, V. (2015). Global perspective on quality in later life. En W. Glatzer, L. Camfield, V. Møller, & M. Rojas (Eds.), *Global Handbook of Quality of Life: Exploration of Well-Being of Nations and Continents* (pp. 469-490). Dordrecht: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9178-6\\_20](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9178-6_20)
- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: A twelve-year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81(1), 63-68. <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.1.63>
- Roqué i Figuls, M., Salvà, A., Bolívar, I., & Rivero, T. (2012). Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Medicina Clínica*, 139(7), 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.06.021>
- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health. En C. Aneshense, J. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbooks of sociology and social research. Handbook of the sociology of mental health* (pp. 277-298). New York, NY, US: Springer Science & Business Media. [https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-94-007-4276-5\\_14](https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-94-007-4276-5_14)
- Rosset, I., Roriz-Cruz, M., Santos, J. L. F., Haas, V. J., Fabrício-Wehbe, S. C. C., & Rodrigues, R. A. P. (2011). Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 391-400. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000200018>
- Roth, D. L., Ackerman, M. L., Okonkwo, O. C., & Burgio, L. D. (2008). The Four-Factor Model of Depressive Symptoms in Dementia Caregivers: A Structural Equation Model of Ethnic Differences. *Psychology and Aging*, 23(3), 567-576. <https://doi.org/10.1037/a0013287>
- Roth, D. L., Haley, W. E., Hovater, M., Perkins, M., Wadley, V. G., & Judd, S. (2013). Family caregiving and all-cause mortality: Findings from a population-based propensity-matched analysis. *American Journal of Epidemiology*, 178(10), 1571-1578. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt225>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging: The MacArthur foundation study*. New York, NY: Pantheon Books.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rowe, J. W., & Khan, R. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

- Rozas, M. (2014). *Construcción de la identidad de género de los adultos mayores que participan en el club de adulto mayor san Francisco de Asís de Conchalí* (Trabajo de Grado). Universidad Academia de Humanismo Cristiano de Santiago de Chile. Santiago de Chile, Chile. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1879/TTRASO437.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rubin, Z. (1973). *Liking and loving: An invitation to social psychology*. Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston.
- Rubinstein, R. L., Girling, L. M., De Medeiros, K., Brazda, M., & Hannum, S. (2015). Extending the framework of generativity theory through research: A qualitative study. *Gerontologist*, 55(4), 548-559. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu009>
- Rubio-Herrera, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Portal Mayores. Madrid: IMSERSO. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>
- Rubio-Herrera, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 11-27. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832315001>
- Rubio-Herrera, R., Pinel, M., & Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este*. Granada: Universidad de Granada. Recuperado a partir de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., Calvente, M. D. M. G., Miqueo, C., ... Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), ii46-ii53. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Nicolas\\_Ruiz\\_Robledillo/publication/284721526\\_El\\_cuidado\\_informal\\_una\\_vision\\_actual/links/56573c5f08aeafc2aac0c8b3.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nicolas_Ruiz_Robledillo/publication/284721526_El_cuidado_informal_una_vision_actual/links/56573c5f08aeafc2aac0c8b3.pdf)
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
- Russell, D., Altmaier, E., & Van Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of applied*, 72(2), 269-274. <https://doi.org/http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.72.2.269>
- Russell, D., & Cutrona, C. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and aging*, 6(2), 190-201. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.6.2.190>
- Russell, D., Kao, C., & Cutrona, C. (1987). Loneliness and social support: Same or different constructs? En *Conference on Personal Relationships*. Iowa City, IA.

- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Letitia\\_Peplau/publication/276417998\\_The\\_Revised\\_UCLA\\_Loneliness\\_Scale\\_Concurrent\\_and\\_discriminate\\_validity\\_evidence/links/0c96052a0bb735aff5000000/The-Revised-UCLA-Loneline](https://www.researchgate.net/profile/Letitia_Peplau/publication/276417998_The_Revised_UCLA_Loneliness_Scale_Concurrent_and_discriminate_validity_evidence/links/0c96052a0bb735aff5000000/The-Revised-UCLA-Loneline)
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11)
- Russell, R. (2007). Men Doing «Women's Work»: Elderly Men Caregivers and the Gendered Construction of Care Work. *Journal of Men's Studies*, 15(1), 1-18. <https://doi.org/10.3149/jms.1501.1>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001a). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001b). To be happy or to be self-fulfilled: A re-view of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology Vol. 52* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., Keyes, C. L. M., & Hughes, D. L. (2003). Status Inequalities, Perceived Discrimination, and Eudaimonic Well-Being: Do the Challenges of Minority Life Hone Purpose and Growth? *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 275-291. <https://doi.org/10.2307/1519779>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- Saavedra, F. J., Bascón, M. J., Arias, S. A., García, M., & Mora, D. (2013). Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud*, 24(2), 85-93. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70010-0](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70010-0)
- Sachs-Ericsson, N., & Ciarlo, J. (2000). Gender, Social Roles, and Mental Health An Epidemiological Perspective. *Sex Roles*, 43(9-10), 605-628. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1007148407005>

- Sachs, J. (2003). Validation of the satisfaction with life scale in a sample of Hong Kong university students. *Psychologia*, 46(4), 225-234.  
<https://doi.org/10.2117/psysoc.2003.225>
- Sailer, U., Rosenberg, P., Nima, A. Al, Gamble, A., Gärling, T., Archer, T., & Garcia, D. (2014). A happier and less sinister past, a more hedonistic and less fatalistic present and a more structured future: time perspective and well-being. *PeerJ*, 2, e303.  
<https://doi.org/10.7717/peerj.303>
- Sánchez-Sánchez, F. J. (2017). *Variables predictoras de la satisfacción con la vida en personas mayores que participan en programas formales de aprendizaje* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia, España. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/59482>
- Sánchez, M. M., De Jong Gierveld, J., & Buz, J. (2014). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing and Society*, 34(2), 330-354. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000839>
- Sancho, P., Galiana, L., Gutiérrez, M., Francisco, E. H., & Tomás, J. M. (2014). Validating the Portuguese Version of the Satisfaction With Life Scale in an Elderly Sample. *Social Indicators Research*, 115(1), 457-466. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9994-y>
- Sands, R. G., Goldberg-Glen, R. S., & Thornton, P. L. (2005). Factors associated with the positive well-being of grandparents caring for their grandchildren. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(4), 65-82. [https://doi.org/10.1300/J083v45n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J083v45n04_05)
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Haro, J. M., Fiori, K. L., Uwakwa, R., ... Prina, A. M. (2015). Social network typologies and mortality risk among older people in China, India, and Latin America: A 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 147, 134-143.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.061>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Santor, D. A., & Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9(3), 233-243.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.233>
- Sarabia, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174. Recuperado a partir de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Sargent, L. D., Lee, M. D., Martin, B., & Zikic, J. (2013). Reinventing retirement: New pathways, new arrangements, new meanings. *Human Relations*, 66(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/0018726712465658>
- Sasson, I., & Umberson, D. J. (2014). Widowhood and depression: New light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 135-145. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt058>
- Satorres, E. (2013). *Bienestar Psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la Satisfacción Vital* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Valencia, España. Recuperado a partir de [http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento\\_y\\_bienestar.pdf?sequence=1](http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26298/envejecimiento_y_bienestar.pdf?sequence=1)
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- Sayer, L. C. (2016). Trends in Women's and Men's time use, 1965–2012: back to the future? En S. McHale, V. King, J. Van Hook, & A. Booth (Eds.), *Gender and Couple Relationships. National Symposium on Family Issues, vol 6* (pp. 43-77). Springer: Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-21635-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-21635-5_2)
- Scharf, T., & de Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing*, 5(2), 103-115. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0080-x>
- Schmitz, A. L., & Pförtner, T.-K. (2017). Health inequalities in old age: the relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *Journal of Public Health*, 40(3), e235 – e243. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox180>
- Schoklitsch, A., & Baumann, U. (2012). Generativity and aging: A promising future research topic? *Journal of Aging Studies*, 26(3), 262-272. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.01.002>
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35(6), 771-791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Schwartz, E., & Litwin, H. (2018). Social network changes among older Europeans: the role of gender. *European Journal of Ageing*, 15(4), 359-367. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0454-z>
- Scruton, S., & Holland, S. (2006). Grandfatherhood and leisure. *Leisure Studies*, 25(2), 233-250. <https://doi.org/10.1080/02614360500504693>

- Segura, M. C., & Conejero, E. (2016). Políticas de envejecimiento: ¿un dilema sin resolver? *3C Empresa*, 5(4), 58-74. Recuperado a partir de <http://ojs.3ciencias.com/index.php/3c-empresa/article/view/376>
- Sendra-Gutierrez, J. M., Asensio-Moreno, I., & Vargas-Aragon, M. L. (2017). Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective. *Actas españolas de Psiquiatria*, 45(5), 185-200. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29044444>
- Serafetinidou, E., & Verropoulou, G. (2019). Exploring the factors that determine depression among 50+ Europeans since childhood: The role of adverse experiences as mediators. *Communications in Statistics: Case Studies, Data Analysis and Applications*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/23737484.2019.1578704>
- Serdio, C., Díaz, B., & Torrubia, E. (2009). Motivaciones, dificultades y necesidades formativas en el aprendizaje de las mujeres mayores. *Papeles Salmantinos de Educación*, (13), 61-93. Recuperado a partir de <https://summa.upsa.es/pdf.vm?id=0000029480&page=1&search=&lang=es>
- SHARE. (2013). *Exploración de datos. Selección de resultados en España*. SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 50 + in Europe. Recuperado 13 de octubre de 2018, a partir de <https://www.share.cemfi.es/index.asp?menu=3>
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology: Serie B Psychological sciences and social sciences*, 62(2), S90-S99. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S90>
- Shevlin, M., Murphy, S., & Murphy, J. (2015). The Latent Structure of Loneliness: Testing Competing Factor Models of the UCLA Loneliness Scale in a Large Adolescent Sample. *Assessment*, 22(2), 208-215. <https://doi.org/10.1177/1073191114542596>
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 455-462. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- Shor, E., & Roelfs, D. J. (2015). Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science and Medicine*, 128, 76-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.010>
- Silver, C. B. (2003). Gendered identities in old age: Toward (de)gendering? *Journal of Aging Studies*, 17(4), 379-397. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(03\)00059-8](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(03)00059-8)
- Silver, C. B., & Ploux, M. (2001). Construction et déconstruction des identités de genre. *Cahiers du Genre*, 31(2), 185-201. <https://doi.org/10.3917/cdge.031.0185>
- Silverstein, M. (2015). Foreword (and Farewell). *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 85-86. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu156>

- Sinnott, J. D., & Shifren, K. (2001). *Gender and aging: Gender differences and gender roles*. (J. Birren & K. Schaie, Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th edit.). San Diego, CA, US: Academic Press. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/2001-18327-017>
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smorti, M., Tschiesner, R., & Farneti, A. (2012). Grandparents-Grandchildren Relationship. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 895-898. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.219>
- Söderhamn, O. (1998). Self-care ability in a group of elderly Swedish people: a phenomenological study. *Journal of advanced nursing*, 28(4), 745-753. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1998x.00705.x>
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>
- Söderhamn, O. (2013). Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 605-608. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45902>
- Söderhamn, O., Lindencrona, C., & Ek, A. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International journal of nursing studies*, 37(4), 361-368. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00015-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00015-8)
- Söderhamn, U., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A. C. (2008). Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(1), 96-103. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602691>
- Söderhamn, U., Dale, B., & Söderhamn, O. (2013). The meaning of actualization of self-care resources among a group of older home-dwelling people-hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20592>
- Solé-Auró, A., & Crimmins, E. M. (2014). Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing and Society*, 34(3), 495-517. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001134>
- Song, S.-M., Cha, S.-E., Choi, Y.-H., & Jung, Y. (2015). Effects of Grandparenting Roles and Generativity on Depression among Grandmothers Providing Care for Grandchildren. *The Korean Journal of Community Living Science*, 26(2), 387-403. <https://doi.org/10.7856/kjcls.2015.26.2.387>
- Sonnenberg, C., Deeg, D., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., & Beekman, A. T. F. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, 25(1), 61-70. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001202>
- Souglersis, C., & Ranzijn, R. (2011). Proactive Coping in Community-Dwelling Older Australians. *International Journal of Aging & Human Development*, 72(2), 155-168. <https://doi.org/10.2190/AG.72.2.d>

- Spahni, S., Bennett, K. M., & Perrig-Chiello, P. (2016). Psychological adaptation to spousal bereavement in old age: The role of trait resilience, marital history, and context of death. *Death Studies, 40*(3), 182-190. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1109566>
- Spendelov, J. S., Adam, L. A., & Fairhurst, B. R. (2017). Coping and adjustment in informal male carers: A systematic review of qualitative studies. *Psychology of Men and Masculinity, 18*(2), 134-143. <https://doi.org/10.1037/men0000049>
- Springer, K. W., & 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*(4), 1080-1102. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2005.07.004>
- St John, P. D., & Montgomery, P. R. (2009). Marital Status, Partner Satisfaction, and Depressive Symptoms in Older Men and Women. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(7), 487-492. <https://doi.org/10.1177/070674370905400710>
- Stage, F. K., Carter, H. C., & Nora, A. (2004). Path Analysis: An Introduction and Analysis of a Decade of Research. *Journal of Educational Research, 98*(1), 5-13. <https://doi.org/10.3200/JOER.98.1.5-13>
- Steca, P., Ryff, C. D., D'Alessandro, S., & Delle Fratte, A. (2002). Il benessere psicologico: differenze di genere e di età nel contesto italiano. *Psicologia della Salute, 2*(1), 121-138. Recuperado a partir de [https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda\\_rivista.aspx?IDarticolo=21081](https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?IDarticolo=21081)
- Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: The aging, demographics and memory study. *International Psychogeriatrics, 21*(5), 879-888. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990044>
- Steiger, J. H., & Lind, C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. En *Annual Meeting of the Psychometric Society*. Iowa City, IA.
- Stelle, C., Fruhauf, C. A., Orel, N. A., & Landry-Meyer, L. (2010). Grandparenting in the 21st century: issues of diversity in grandparent-grandchild relationships. *Journal of Gerontological Social Work, 53*(8), 682-701. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.516804>.Grandparenting
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2010). Older people and «active ageing»: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 467-477. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>
- Stensletten, K., Bruvik, F., Espehaug, B., & Drageset, J. (2016). Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia. *Dementia, 15*(6), 1422-1435. <https://doi.org/10.1177/1471301214563319>
- Stephens, C., Alpass, F., Towers, A., & Stevenson, B. (2011). The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context. *Journal of Aging and Health, 23*(6), 887-911. <https://doi.org/10.1177/0898264311400189>

- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stephoe, A., Demakakos, P., De Oliveira, C., & Wardle, J. (2012). Distinctive biological correlates of positive psychological well-being in older men and women. *Psychosomatic Medicine*, 74(5), 501-508. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31824f82c8>
- Stephoe, A., Dockray, S., & J, W. (2009). Positive affect and the psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747-1776. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x>
- Stephoe, A., O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M., & Marmot, M. (2008). Neuroendocrine and inflammatory factors associated with positive affect in healthy men and women: the Whitehall II study. *American Journal of Epidemiology*, 167(1), 96-102. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm252>
- Stephoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593-611. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00086-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00086-6)
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Stevens, N. L., & van Tilburg, T. G. (2011). Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 24-43. <https://doi.org/10.1177/0265407510386191>
- StGeorge, J. M., & Fletcher, R. J. (2014). Men's Experiences of Grandfatherhood: A Welcome Surprise. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(4), 351-378. <https://doi.org/10.2190/AG.78.4.c>
- Stokes, J. E. (2017). Marital quality and loneliness in later life: A dyadic analysis of older married couples in Ireland. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34(1), 114-135. <https://doi.org/10.1177/0265407515626309>
- Stone, A. A., Schneider, S., & Broderick, J. E. (2017). Psychological stress declines rapidly from age 50 in the United States: Yet another well-being paradox. *Journal of Psychosomatic Research*, 103, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.016>
- Stone, A. A., Schneider, S., Krueger, A., Schwartz, J. E., & Deaton, A. (2018). Experiential Wellbeing Data from the American Time Use Survey: Comparisons with Other Methods and Analytic Illustrations with Age and Income. *Social Indicators Research*, 136(1), 359-378. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1532-x>
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>

- Stones, M., Kozma, A., McNeil, K., & Worobetz, S. (2011). Subjective Well-being in Later Life: 20 Years after the Butterworths Monograph Series on Individual and Population Aging. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 467-477. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000365>
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Sugiura, K., Ito, M., Kutsumi, M., & Mikami, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(1), 147-156. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn005>
- Sundslí, K., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2013). Lived experiences of self-care among older physically active urban-living individuals. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 123-130. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39689>
- Sundslí, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 85-95. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S29388>
- Sundslí, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A., & Söderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: A randomized controlled study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 95-103. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55925>
- Sutin, A. R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L., & Zonderman, A. B. (2013). The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 803-811. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.193>
- Swartz, T. T. (2009). Intergenerational Family Relations in Adulthood: Patterns, Variations, and Implications in the Contemporary United States. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 191-212. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134615>
- Swinkels, J., Tilburg, T. van, Verbakel, E., & Groenou, M. B. Van. (2017). Explaining the Gender Gap in the Caregiving Burden of Partner Caregivers. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(2), 309-317. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx036>
- Szinovacz, M. E., & Davey, A. (2006). Effects of Retirement and Grandchild Care on Depressive Symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(1), 1-20. <https://doi.org/10.2190/8Q46-GJX4-M2VM-W60V>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/2006-03883-000>
- Tabuchi, M., Nakagawa, T., Miura, A., & Gondo, Y. (2015). Generativity and interaction between the old and young: The role of perceived respect and perceived rejection. *Gerontologist*, 55(4), 537-547. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt135>

- Tam, M. (2011). Active ageing, active learning: Policy and provision in Hong Kong. *Studies in Continuing Education, 33*(3), 289-299. <https://doi.org/10.1080/0158037X.2010.515573>
- Tam, M. (2013). A Model of Active Ageing Through Elder Learning: The Elder Academy Network in Hong Kong. *Educational Gerontology, 39*(4), 250-258. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.750931>
- Tampubolon, G., & Maharani, A. (2017). When Did Old Age Stop Being Depressing? Depression Trajectories of Older Americans and Britons 2002–2012. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(11), 1187-1195. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.006>
- Tan, M. E., Sagayadevan, V., Abdin, E., Picco, L., Vaingankar, J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Employment status among the Singapore elderly and its correlates. *Psychogeriatrics, 17*(3), 155-163. <https://doi.org/10.1111/psyg.12206>
- Tanaka, J. S. (1993). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. En K. A. Bollen (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Tani, Y., Sasaki, Y., Haseda, M., Kondo, K., & Kondo, N. (2015). Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey. *Age and Ageing, 44*(6), 1019-1026. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv145>
- Tarrant, S., Albrektson, K., Kenlan, D., Pursell, A., Welleford, A., & Jicha, G. (2015). Differences in attitudes about purpose in life among elders across the age and cognitive continuum. *The Gerontologist, 55*(Suppl\_2), 419. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv184.22>
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness Among Older People : Results from the Swedish National Study on Aging and Care - Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal, 6*(1), 1-10. <https://doi.org/10.2174/1874827901306010001>
- Taylor, M. F., Marquis, R., Coall, D. A., & Werner, J. (2018). The Enjoyment Rewards of Fulfilling a Custodial Grandparenting Role in the Lives of Grandchildren Removed from their Parents' Care. *Child Care in Practice, 24*(1), 92-110. <https://doi.org/10.1080/13575279.2017.1297772>
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP, 19*(1), 81-94. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/3051/305123726010/>
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Tomasik, M. J. (2008). Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicators Research, 85*(2), 329-349. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9133-3>
- Thiele, D. M., & Whelan, T. A. (2006). The Nature and Dimensions of the Grandparent Role. *Marriage & Family Review, 40*(1), 93-108. [https://doi.org/10.1300/J002v40n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J002v40n01_06)

- Thiele, D. M., & Whelan, T. A. (2008). The relationship between grandparent satisfaction, meaning, and generativity. *International Journal of Aging & Human Development*, 66(1), 21-48. <https://doi.org/10.2190/AG.66.1.b>
- Thielke, S., & Diehr, P. (2012). Transitions among health states using 12 measures of successful aging in men and women: Results from the cardiovascular health study. *Journal of Aging Research*, (2012), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/243263>
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of health and social behavior*, 23(2), 145-159. <https://doi.org/10.2307/2136511>
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48(2), 174-187. <https://doi.org/10.2307/2095103>
- Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., ... Jeste, D. V. (2016). Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: A Community-Based study of 1,546 adults aged 21-100 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), e1019-e1025. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10671>
- Thomas, P. A., Liu, H., Umberson, D., & Sutor, J. J. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*, 1(3), igx025. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>
- Tiedt, A. D. (2010). The Gender Gap in Depressive Symptoms Among Japanese Elders: Evaluating Social Support and Health as Mediating Factors. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 25(3), 239-256. <https://doi.org/10.1007/s10823-010-9122-x>
- Tiedt, A. D. (2013). Cross-National Comparisons of Gender Differences in Late-Life Depressive Symptoms in Japan and the United States. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 443-454. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt013>
- Tiedt, A. D., Saito, Y., & Crimmins, E. M. (2016). Depressive Symptoms, Transitions to Widowhood, and Informal Support From Adult Children Among Older Women and Men in Japan. *Research on Aging*, 38(6), 619-642. <https://doi.org/10.1177/0164027515595442>
- Tiilikainen, E., & Seppänen, M. (2017). Lost and unfulfilled relationships behind emotional loneliness in old age. *Ageing and Society*, 37(5), 1068-1088. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000040>
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkälä, K. H. (2011). Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal of Aging Research*, 2011, 1-5. <https://doi.org/10.4061/2011/534781>
- Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*, 26(7), 1865-1878. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1530-8>

- Tomás, J. M., Galiana, L., & Fernández, I. (2018). The SF-8 Spanish Version for Health-Related Quality of Life Assessment: Psychometric Study with IRT and CFA Models. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E1. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.4>
- Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., & Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 139-148. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i3.177>
- Tomás, J. M., Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P., & Pinazo-Hernandis, S. (2016). Validating the Temporal Satisfaction with Life Scale in Spanish elderly: a bifactor model application. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 24(3), 555-567. Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/openview/13d6374289d31a6278a52dace95c37f8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72720221/>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Oliver, A., Navarro, E., & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31(2), 383-400. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/169/16917017010/>
- Tomás, J. M., Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., & Molina, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(4), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.004>
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., & Hontangas, P. M. (2017). Validity of the de Jong Gierveld Loneliness Scale in Spanish older population: competitive structural models and item response theory. *European Journal of Ageing*, 14(4), 429-437. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10433-017-0417-4>
- Tomás, J. M., Sancho, P., Gutiérrez, M., & Galiana, L. (2014). Predicting Life Satisfaction in the Oldest-Old: A Moderator Effects Study. *Social Indicators Research*, 117(2), 601-613. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0357-0>
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2018). Beneficial effects of working later in life on the health of community-dwelling older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(2), 308-314. <https://doi.org/10.1111/ggi.13184>
- Tomitaka, S., Kawasaki, Y., Ide, K., Yamada, H., Furukawa, T. A., & Ono, Y. (2016). Age-related changes in the distributions of depressive symptom items in the general population: a cross-sectional study using the exponential distribution model. *PeerJ*, 4, e1547. <https://doi.org/10.7717/peerj.1547>
- Tomomitsu, M. R., Rodrigues-Perracini, M., & Neri, A. L. (2013). Influence of gender, age and income on the well-being of elderly caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 663-668. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232013000400002>

- Tomomitsu, M. R., Rodrigues-Perracini, M., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3429-3440. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>
- Tomstad, S., Dale, B., Sundsli, K., Sævareid, H. I., & Söderhamn, U. (2017). Who often feels lonely? A cross-sectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4), e12162. <https://doi.org/10.1111/opn.12162>
- Torres, D. (2017). *Perfil de los hombres cuidadores familiares en Sevilla y Cádiz: características de sus cuidados* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. Sevilla, España. Recuperado a partir de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/75621>
- Trevisan, C., Pamio, M. V., Curreri, C., Maggi, S., Baggio, G., Zambon, S., ... Sergi, G. (2018). The effect of childcare activities on cognitive status and depression in older adults: gender differences in a 4.4-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), 348-357. <https://doi.org/10.1002/gps.4750>
- Trevisan, C., Veronese, N., Maggi, S., Baggio, G., De Rui, M., Bolzetta, F., ... Sergi, G. (2016). Marital Status and Frailty in Older People: Gender Differences in the Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*, 25(6), 630-637. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5592>
- Triadó, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula abierta*, 47(1), 63-66. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292838>
- Triadó, C., Celdrán, M., Conde-Sala, J. L., Montoro, J., Pinazo-Hernandis, S., & Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: La provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Madrid: IMSERSO. Recuperado a partir de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/envejproductivo.pdf>
- Triadó, C., Osuna, M. J., Solé, C., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 152-162. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=645465>
- Triadó, C., Villar, F., Celdrán, M., & Solé, C. (2014). Grandparents Who Provide Auxiliary Care for Their Grandchildren: Satisfaction, Difficulties, and Impact on Their Health and Well-being. *Journal of Intergenerational Relationships*, 12(2), 113-127. <https://doi.org/10.1080/15350770.2014.901102>
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo-Hernandis, S., & Conde, L. (2009). Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: Percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 497-506. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322055.pdf>

- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo-Hernandis, S., Conde, L., & Montoro-Rodríguez, J. (2008). Las abuelas/os cuidadores de sus nietos/as: Tareas de cuidado, beneficios y dificultades del rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 44(1), 455-464. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319049.pdf>
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M.-J., & Pinazo, S. (2005). The Meaning of Grandparenthood: Do Adolescent Grandchildren Perceive the Relationship and Role in the Same Way as Their Grandparents Do? *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(2), 101-121. [https://doi.org/10.1300/J194v03n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J194v03n02_07)
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., & Osuna, M. J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala RYFF. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-363. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1464897>
- Trivedi, R., Beaver, K., Bouldin, E. D., Eugenio, E., Zeliadt, S. B., Nelson, K., ... Piette, J. D. (2014). Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. *Chronic Illness*, 10(3), 167-179. <https://doi.org/10.1177/1742395313506947>
- Tsai, F. J. (2016). The maintaining and improving effect of grandchild care provision on elders' mental health-Evidence from longitudinal study in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.009>
- Tsai, F. J., Motamed, S., & Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan. *BMC Public Health*, 13(567), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-567>
- Tsai, P.-F., & Jirovec, M. M. (2005). The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nursing*, 4(3), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-4-3>
- Tucak Junaković, I., Nekić, M., & Ambrosi-Randić, N. (2016). Parental satisfaction, generativity and successful aging. *Contemporary psychology*, 19(2), 149-162. <https://doi.org/10.21465/2016-SP-192-02>
- Tucker, K. L., Ozer, D. J., Lyubomirsky, S., & Boehm, J. K. (2006). Testing for Measurement Invariance in the Satisfaction with Life Scale: A Comparison of Russians and North Americans. *Social Indicators Research*, 78(2), 341-360. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-1037-5>
- Turner-Bowker, D. M., Bayliss, M. S., Ware, J. E., & Kosinski, M. (2003). Health Survey for comparing the impact of migraine Usefulness of the SF-8Tm and other conditions. *Quality of Life Research*, 12(8), 1003-1012. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1026179517081>
- Uchino, B. N. (2004). *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven, Connecticut: Yale University Press. <https://doi.org/10.12987/yale/9780300102185.001.0001>

- Uhlenberg, P., & Hammill, B. G. (1998). Frequency of grandparent contact with grandchild sets: Six factors that make a difference. *Gerontologist*, 38(3), 276-285. <https://doi.org/10.1093/geront/38.3.276>
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. En Y. B. Tabachnick & L. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (pp. 709-812). New York: HarperCollins.
- Umberson, D., & Karas, J. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(suppl), S54-S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- UNECE. (2012). *Active Ageing Index Home - Active Ageing Index* -. UNECE Statistics Wikis. Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. Recuperado 2 de enero de 2018, a partir de <https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
- United Nations. (2017a). *Portal on Minimum Set of Gender Indicators*.. Capacity Development Office. United Nations Department of Economic & Social. Recuperado 17 de enero de 2018, a partir de <https://www.un.org/development/desa/capacity-development/tools/tool/portal-on-minimum-set-of-gender-indicators/>
- United Nations. (2017b). *World Population Ageing [highlights]ST/ESA/SER.A/397*. New York: United Nations. Recuperado a partir de [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)
- United Nations. (2017c). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables ESA/P/WP/248*. New York: United Nations. Recuperado a partir de [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)
- University of Western Ontario. (2010). BioPsychoSocial assessment tools for the elderly— Assessment summary sheet: Lubben Social Network Scale–Revised (LSNS-R). Recuperado a partir de <http://instruct.uwo.ca/health-sciences/9641/Assessments/Social/LSNS-R.html>
- Urbina, J. R., Flores, J., García, M., Torres, L., & Torrubias, R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42. <https://doi.org/10.1590/S0213-91112007000100008>
- Vafaei, A., Ahmed, T., Freire, A. N. F., Zunzunegui, M.-V., & Guerra, R. O. (2016). Depression, sex and gender roles in older adult populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS ONE*, 11(1), e0146867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146867>
- Vafaei, A., Alvarado, B. E., Tomás, C., Muro, C., Martínez, B., & Zunzunegui, M.-V. (2014). The validity of the 12-item Bem Sex Role Inventory in older Spanish population: An examination of the androgyny model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.05.012>
- Vahia, I. V., Thompson, W. K., Depp, C. A., Allison, M., & Jeste, D. V. (2012). Developing a dimensional model for successful cognitive and emotional aging. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 515-523. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002055>
- Valle-Aparicio, J. E. (2014). Educación permanente: los programas universitarios para

- mayores en España como respuesta a una nueva realidad social. *Revista de la Educación Superior*, 43(171), 117-138. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2015.03.003>
- van Basten, E. N. (2016). *The relative contribution of marital status, social and emotional loneliness, preference for solitude, and emotional dampening to wellbeing in late life* (Master Thesis). Universiteit Utrecht. Utrecht, Netherlands. Recuperado a partir de <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/339089>
- Van Campen, C., de Boer, A. H., & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 44-50. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x>
- Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P., & Bambra, C. (2013). Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of Health and Illness*, 35(5), 682-698. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x>
- van den Brink, R. H. S., Schutter, N., Hanssen, D. J. C., Elzinga, B. M., Rabeling-Keus, I. M., Stek, M. L., ... Oude Voshaar, R. C. (2017). Prognostic significance of social network, social support and loneliness for course of major depressive disorder in adulthood and old age. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 266-277. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000014>
- 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(3), 629-643. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>
- Van Grootheest, D. S., Beekman, A. T. F., Broese Van Groenou, M., & Deeg, D. J. H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(7), 391-398. <https://doi.org/10.1007/s001270050160>
- Van Malderen, L., Mets, T., De Vriendt, P., & Gorus, E. (2013). The Active Ageing-concept translated to the residential long-term care. *Quality of Life Research*, 22(5), 929-937. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0216-5>
- Van Solinge, H. (2007). Health change in retirement: A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging*, 29(3), 225-256. <https://doi.org/10.1177/0164027506298223>
- van Tilburg, T., Havens, B., & de Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in The Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Canadian journal on aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 169-180. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0026>

- Vanhoutte, B., & Nazroo, J. (2014). Cognitive, affective and eudemonic well-being in later life: Measurement equivalence over gender and life stage. *Sociological Research Online*, 19(2), 1-19. <https://doi.org/10.5153/sro.3241>
- Vaqui-ro-Rodríguez, S., & Stiepovich-Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 9-16. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Vaux, A. (1985). Variations in Social Support Associated with Gender, Ethnicity, and Age. *Journal of Social Issues*, 41(1), 89-110. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1985.tb01118.x>
- Vázquez-Sánchez, M. Á., Aguilar-Trujillo, M. P., Estébanez-Carvajal, F. M., Casals-Vázquez, C., Casals-Sánchez, J. L., & Heras-Pérez, M. C. (2012). Influencia de los pensamientos disfuncionales en la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. *Enfermería Clínica*, 22(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.002>
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Semergen/Medicina de Familia*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Ventura-León, J. L., & Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica.*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.5872/psiencia/9.1.41>
- Verdery, A. M., & Margolis, R. (2017). Projections of white and black older adults without living kin in the United States, 2015 to 2060. *Pnas/Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114(42), 11109-11114. <https://doi.org/10.1073/pnas.1710341114>
- Versey, H. S., & Newton, N. J. (2013). Generativity and Productive Pursuits: Pathways to Successful Aging in Late Midlife African American and White Women. *Journal of Adult Development*, 20(4), 185-196. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9170-x>
- Versey, H. S., Stewart, A. J., & Duncan, L. E. (2013). Successful Aging in Late Midlife: The Role of Personality Among College-Educated Women. *Journal of Adult Development*, 20(2), 63-75. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9157-7>
- Vicente, S., Carretero, L., Cid, D. G., Rojo, R., García, I., & Aguado, A. (2014). Repercusión del cuidado de nietos sobre la salud percibida en las mujeres del área sanitaria de Toledo. *Nure Investigación: Revista científica de Enfermería*, 11(70), 1-12. Recuperado a partir de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/55/46>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Marston, L., Bond, J., & Bowling, A. (2006). Older People's Experiences of Loneliness in the UK: Does Gender Matter? *Social Policy and Society*, 5(1), 27-38. <https://doi.org/10.1017/S1474746405002733>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 85-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

- Viguer, P., Meléndez, J. C., Valencia, S., Cantero, M. J., & Navarro, E. (2010). Grandparent-grandchild relationships from the children's perspective: Shared activities and socialization styles. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 708-717. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002377>
- Villar, F. (2005). El Enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo-Hernandis & M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y Propuestas* (pp. 147-184). Madrid: Pearson Prentice-Hall. Recuperado a partir de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/0c03villar-pearson.pdf>
- Villar, F. (2012a). Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Informació Psicológica*, (104), 39-56. Recuperado a partir de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/29/20>
- Villar, F. (2012b). Successful ageing and development: the contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32(7), 1087-1105. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000973>
- Villar, F., & Celdrán, M. (2013). Learning in later life: Participation in formal, non-formal and informal activities in a nationally representative Spanish sample. *European Journal of Ageing*, 10(2), 135-144. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0257-1>
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2013). La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas Feliciano. *Revista Ibero-Americana de Gerontología*, 1(1), 61-79. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo\\_Serrat/publication/259288955\\_La\\_generatividad\\_en\\_la\\_vejez\\_Extension\\_y\\_perfil\\_de\\_las\\_actividades\\_generativas\\_en\\_una\\_muestra\\_a\\_representativa\\_de\\_personas\\_mayores\\_espanolas/links/0c96052abffa33489b000000/La-generati](https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Serrat/publication/259288955_La_generatividad_en_la_vejez_Extension_y_perfil_de_las_actividades_generativas_en_una_muestra_a_representativa_de_personas_mayores_espanolas/links/0c96052abffa33489b000000/La-generati)
- Villar, F., Celdrán, M., & Triadó, C. (2012). Grandmothers Offering Regular Auxiliary Care for Their Grandchildren: An Expression of Generativity in Later Life? *Journal of Women and Aging*, 24(4), 292-312. <https://doi.org/10.1080/08952841.2012.708576>
- Villar, F., López, O., & Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>
- Villar, F., Serrat, R., & Celdrán, M. (2016). Participation of Spanish older people in educational courses: The role of sociodemographic and active ageing factors. *Journal of European Social Policy*, 26(5), 417-427. <https://doi.org/10.1177/0958928716664295>
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., & Solé, C. (2010). Measuring well-being among Spanish older adults: development of a simplified version of Ryff's Scales of Psychological Well-being. *Psychological Reports*, 107(1), 265-280. <https://doi.org/10.2466/02.07.08.10.21.PR0.107.4.265-280>

- Villar, F., Triadó, C., Solé, C., & Osuna, M. J. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*, *18*(1), 149-155. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/727/72718123/>
- Vitaliano, P. P., Young, H. M., & Zhang, J. (2004). Is Caregiving a Risk Factor for Illness? *Current Directions in Psychological Science*, *13*(1), 13-16. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301004.x>
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(6), 946-972. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, *30*(2), 23-29. Recuperado a partir de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/120/134>
- Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M., & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe Abbreviations SHARE Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Journal of Public Health*, *26*(6), 613-624. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0916-6>
- Waddell, E. L., & Jacobs-Lawson, J. M. (2010). Predicting Positive Well-Being in Older Men and Women. *The International Journal of Aging and Human Development*, *70*(3), 181-197. <https://doi.org/10.2190/AG.70.3.a>
- Wagman, P., Nordin, M., Alfredsson, L., Westerholm, P. J. M., & Fransson, E. I. (2017). Domestic work division and satisfaction in cohabiting adults: Associations with life satisfaction and self-rated health. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *24*(1), 24-31. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1217926>
- Walen, H. R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, *17*(1), 5-30. <https://doi.org/10.1177/0265407500171001>
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, *55*(1), 121-139. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- Walker, A. (2008). Commentary: the emergence and application of active aging in Europe. *Journal of aging & social policy*, *21*(1), 75-93. <https://doi.org/10.1080/08959420802529986>
- Walker, A. (2010). The Emergence and Application of Active Aging in Europe. En G. Naegele (Ed.), *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92214-0\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92214-0_22)
- Walker, K. N., MacBride, A., & Vachon, M. L. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social science & medicine*, *11*(1), 35-41. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90143-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90143-3)
- Wallentin, M. (2009). Putative sex differences in verbal abilities and language cortex: A critical review. *Brain and Language*, *108*(3), 175-183. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2008.07.001>

- Wang, L. J., Zhong, W. X., Ji, X. Da, & Chen, J. (2016). Depression, caregiver burden and social support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *International journal of nursing practice*, 22(5), 478-485. <https://doi.org/10.1111/ijn.12458>
- Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 455-474. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.455>
- Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36(1), 172-206. <https://doi.org/10.1177/0149206309347957>
- Wang, Z., Ma, C., Han, H., He, R., Zhou, L., Liang, R., & Yu, H. (2018). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(9), 1198-1206. <https://doi.org/10.1002/gps.4910>
- Warburton, J., McLaughlin, D., & Pinsker, D. (2006). Generative acts: family and community involvement of older Australians. *International journal of aging & human development*, 63(2), 115-137. <https://doi.org/10.2190/9TE3-T1G1-333V-3DT8>
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). *How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual For Users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln RI: QualityMetric, Inc.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston New England Medical Centre. Boston, Massachusset: New England Medical Center, The Health Institute. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/publication/247503121\\_SF36\\_Health\\_Survey\\_Manual\\_and\\_Interpretation\\_Guide](https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide)
- Webley, P., & Lea, S. (1997). *PSY6003 advanced statistics: Multivariate analysis II: Manifest variables analysis/Topic 3 Path analysis*. University of Exeter. Department of Psychology/Washington Singer Laboratories. United Kingdom. Recuperado 4 de enero de 2019, a partir de <https://people.exeter.ac.uk/SEGLea/multvar2/pathanal.html>
- Weisbrot, M., & Giraudo, N. (2012). Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos. Estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(2), 126-131. <https://doi.org/10.5546/aap.2012.126>
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA, US: The MIT Press. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/1974-22306-000>
- Weiss, R. (1974). The Provisions of Social Relationships. En Z. Rubin (Ed.), *Doing Unto Others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Wen, X., Liang, Y., Zhu, J., & Wu, T. (2013). The Effects of Housework on the Health of Retired Older Adults: A Preliminary Investigation from the Tongji-Dongfeng Cohort Study, China. *PLoS ONE*, 8(3), e57232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057232>

- Wenger, G. (1991). A network topology: from theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147-162. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0890-4065\(91\)90003-B](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0890-4065(91)90003-B)
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Wiese, B., Lupp, M., Pentzek, M., Bickel, H., ... Riedel-Heller, S. G. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: Results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 42(2), 173-180. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs184>
- White, A., South, J., Bagnall, A.-M., Forshaw, M., Spoor, C., Marchant, P., & Witty, K. (2012). The self-care for people initiative: the outcome evaluation. *Primary health care research & development*, 13(4), 382-94. <https://doi.org/10.1017/S146342361200014X>
- Whitley, E., Popham, F., & Benzeval, M. (2016). Comparison of the Rowe-Kahn model of successful aging with self-rated health and life satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 prospective cohort Study. *Gerontologist*, 56(6), 1082-1092. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv054>
- WHO. (1984). *Health education in self-care: Possibilities and limitations. Report of a scientific consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado a partir de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED\\_84.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf)
- WHO. (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6)*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Recuperado a partir de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)
- WHO. (2011). *Gender, equity and human rights/ Glossary of terms and tools*. World Health Organization. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Recuperado 16 de enero de 2018, a partir de <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/glossary/en/>
- WHO. (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020. Regional Committee for Europe Sixty-second session. EUR/RC62/10 Rev.1*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. Recuperado a partir de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf)
- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging and Mental Health*, 12(3), 357-365. <https://doi.org/10.1080/13607860801933323>
- Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/002214650404500106>
- Williams, L. A., Giddings, L. S., Bellamy, G., & Gott, M. (2017). «Because it's the wife who has to look after the man»: A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life. *Palliative Medicine*, 31(3), 223-230. <https://doi.org/10.1177/0269216316653275>

- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., ... Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging and Mental Health*, 14(6), 652-669. <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>
- Wolff, J. L., Dy, S. M., Frick, K. D., & Kasper, J. D. (2007). End-of-life care: Findings from a National Survey of Informal Caregivers. *Archives of Internal Medicine*, 167(1), 40-46. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.1.40>
- Wolinsky, F. D., Wyrwich, K. W., Babu, A. N., Kroenke, K., & Tierney, W. M. (2003). Age, aging, and the sense of control among older adults: a longitudinal reconsideration. *The journals of gerontology: Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(4), S212-S220. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.S212>
- Wood, W., & Eagly, A. H. (2012). Biosocial Construction of Sex Differences and Similarities in Behavior. En J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol.46 (pp. 55-123). Burlington: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394281-4.00002-7>
- Woodward, K. M. (1999). *Figuring age : women, bodies, generations*. (K. M. Woodward, Ed.). Indiana, USA: Indiana University Press.
- World Health Organization. (1984). *Health education in self-care: Possibilities and limitations. Report of a scientific consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado a partir de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED\\_84.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf)
- Wright, K. (1987). *The Economics of Informal Care of the Elderly. Discussion paper 23*. York: Centre for Health Economics, University of York. Recuperado a partir de <http://core.ac.uk/download/pdf/6406497.pdf>
- Wu, Z. Q., Sun, L., Sun, Y. H., Zhang, X. J., Tao, F. B., & Cui, G. H. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging and Mental Health*, 14(1), 108-112. <https://doi.org/10.1080/13607860903228796>
- Yang, Y. (2007). Is old age depressing? Growth trajectories and cohort variations in late-life depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1), 16-32. <https://doi.org/10.1177/002214650704800102>
- Yanguas, J. J., Leturia, F. J., & Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, (76), 23-32. Recuperado a partir de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=836>
- Ye, S. (2007). Validation of the temporal satisfaction with life scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*, 80(3), 617-628. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2003.225>

- Young, Y., Frick, K. D., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
- Yu, D. S. F., Cheng, S. T., & Wang, J. (2018). Unravelling positive aspects of caregiving in dementia: An integrative review of research literature. *International Journal of Nursing Studies, 79*, 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.008>
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología, 6*(10), 151-169. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/269/26961011.pdf>
- Zacarés, J. J., & Serra, E. (1996). Creencias sobre La Madurez Psicológica y Desarrollo Adulto. *Anales de Psicología, 12*(1), 41-60. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/html/167/16712104/>
- Zacarés, J. J., & Serra, E. (2011). Explorando el territorio del desarrollo adulto: La clave de la generatividad. *Cultura y Educacion, 23*(1), 75-88. <https://doi.org/10.1174/113564011794728533>
- Zammuner, V. L. (2008). Italians' social and emotional loneliness: The results of five studies. *International Journal of Human and Social Sciences, 3*(2), 108-120. Recuperado a partir [https://www.researchgate.net/profile/Vanda\\_Zammuner/publication/264233295\\_Italians%27\\_Social\\_and\\_emotional\\_loneliness\\_The\\_results\\_of\\_five\\_studies/links/56741c6508ae0ad265ba7075/Italians-Social-and-emotional-loneliness-The-results-of-five-studies.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vanda_Zammuner/publication/264233295_Italians%27_Social_and_emotional_loneliness_The_results_of_five_studies/links/56741c6508ae0ad265ba7075/Italians-Social-and-emotional-loneliness-The-results-of-five-studies.pdf)
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research, 18*(10), 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9543-6>
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., ... Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(3), 245-252. <https://doi.org/10.1002/gps.3998>
- Zegers, B. P. (2012). Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*(1), 77-83. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70276-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70276-6)
- Zeitler, E., Buys, L., Aird, R., & Miller, E. (2012). Mobility and active ageing in suburban environments: Findings from in-depth interviews and person-based GPS tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 2012*(257186), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/257186>
- Zell, E., Krizan, Z., & Teeter, S. R. (2015). Evaluating gender similarities and differences using metasynthesis. *American Psychologist, 70*(1), 10-20. <https://doi.org/10.1037/a0038208>
- Zhou, J., Mao, W., Lee, Y., & Chi, I. (2017). The Impact of Caring for Grandchildren on Grandparents' Physical Health Outcomes: The Role of Intergenerational Support. *Research on Aging, 39*(5), 612-634. <https://doi.org/10.1177/0164027515623332>

- Zhou, Z., Wang, P., & Fang, Y. (2017). Loneliness and the risk of dementia among older Chinese adults: gender differences. *Aging & Mental Health*, 22(4), 519-525. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1277976>
- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernandez, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 3(1), 66-76. Recuperado a partir de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-74752012000100005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-74752012000100005&script=sci_abstract&tlng=es)
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Béland, F., & Vissandjee, B. (2009). Explaining health differences between men and women in later life: A cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Social Science and Medicine*, 68(2), 235-242. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.031>
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journals of gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, 58(2), S93-S100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>
- Zunzunegui, M.-V., Béland, F., Llácer, A., & León, V. (1998). Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 195-205. <https://doi.org/10.1007/s001270050043>
- Zunzunegui, M.-V., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D., Jylhä, M., & Pedersen, N. L. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: A cross-national comparison: The CLESA project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 198-207. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0158-3>
- Zunzunegui, M.-V., Nunez, O., Durban, M., García de Yébenes, M. J., & Otero, A. (2006). Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18(5), 352-358. <https://doi.org/10.1007/BF03324830>
- Zwar, L., König, H. H., & Hajek, A. (2018b). Consequences of different types of informal caregiving for mental, self-rated, and physical health: longitudinal findings from the German Ageing Survey. *Quality of Life Research*, 27(10), 2667-2679. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1926-0>



# **ANEXO**





**BIENESTAR EN PERSONAS ADULTAS-T2**

Solicitamos de nuevo su participación. Es anónima y voluntaria, y se respeta la confidencialidad de los datos. Necesitamos que recuerde y escriba la clave que usó, y que era una fecha especialmente significativa para usted. Por ejemplo, 03-08-1967. Esta clave es necesaria para participar en el sorteo de premios.

Día	Mes	Año

Edad \_\_\_\_  Hombre  Mujer      Estado civil:  Casado  Soltero  Separado/divorciado  Viudo

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

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

Marque la frecuencia de contacto con:		Nunca	Algunas veces por año	Varias veces por mes	Varias veces por semana	A diario
1	Hijos/as	<input type="checkbox"/>				
2	Nietos/as	<input type="checkbox"/>				
3	Padres	<input type="checkbox"/>				
<b>El uso de:</b>						
1	Ordenador para hacer trabajos, ocio, etc...	<input type="checkbox"/>				
2	Teléfono móvil para hacer/recibir llamadas	<input type="checkbox"/>				
3	Teléfono móvil para enviar mensajes o "wasap"	<input type="checkbox"/>				
4	Teléfono móvil con wifi para acceder a internet	<input type="checkbox"/>				
5	Internet para leer prensa, buscar información	<input type="checkbox"/>				
6	Internet para videollamadas (skype, p.e)	<input type="checkbox"/>				
7	Internet para correo electrónico	<input type="checkbox"/>				
8	Internet para redes sociales: facebook o similares	<input type="checkbox"/>				
<b>La realización de:</b>						
1	Actividades de voluntariado	<input type="checkbox"/>				
2	Cuidado de familiares dependientes	<input type="checkbox"/>				
3	Cuidado de nietos	<input type="checkbox"/>				
4	Programa de formación/cultural/educativo	<input type="checkbox"/>				
5	Participación ciudadana-asociacionismo	<input type="checkbox"/>				
6	Actividades recreativas en centros, clubs de jubilados...	<input type="checkbox"/>				
7	Deportes, centro excursionista o similares	<input type="checkbox"/>				
8	Otras: .....	<input type="checkbox"/>				

La formación que recibe en la UV le aporta:	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni desacuerdo ni acuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Apoyo personal para afrontar su jubilación o un cambio en su situación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Aumento de su red de relaciones y amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Apertura a materias o puntos de vista nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bienestar psicológico, se siente renovado más joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Satisfacción personal por realizar lo que le enriquece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque la opción que mejor le represente:	No	Más o menos	Sí	
1	Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Siento una sensación de vacío a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Echo de menos la compañía de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tengo mucha gente en la que confiar completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Echo de menos tener gente a mi alrededor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me siento abandonada a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Envejecimiento Activo, exitoso y saludable: Impacto del cuidado y diferencias por sexo/género

Tesis Doctoral Manuela Torregrosa Ruiz

<b>Durante el último mes...</b>		<i>Ninguno</i>	<i>Muy pocos</i>	<i>Varios</i>	<i>Bastantes</i>	<i>Muchos</i>
1	¿Cuántos problemas de salud física han limitado su actividad física habitual (caminar, subir escaleras...)?	<input type="checkbox"/>				
2	¿Cuántas dificultades ha tenido durante su rutina diaria en casa o fuera de casa, debido a su salud física?	<input type="checkbox"/>				
3	¿Cuántos dolores físicos ha tenido?	<input type="checkbox"/>				
4	¿Cuánta energía ha tenido?	<input type="checkbox"/>				
		<i>Nada</i>	<i>Casi nada</i>	<i>Algo</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
5	¿Cuánto limitaron su salud física o problemas emocionales sus actividades sociales habituales con familia y amigos?	<input type="checkbox"/>				
6	¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales (sentirse ansioso, deprimido, irritable)?	<input type="checkbox"/>				
7	¿Cuánto le impidieron sus problemas personales o emocionales realizar su trabajo, clases u otras actividades diarias habituales?	<input type="checkbox"/>				

<b>Marque su opción:</b>		<i>Mucho menos de lo que me gustaría</i>	<i>Menos de lo que me gustaría</i>	<i>Un poco menos de lo que me gustaría</i>	<i>Algo como me gustaría</i>	<i>Tanto como me gustaría</i>
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Marque su opción:</b>		<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1	Si tuviese que vivir mi pasado otra vez, no cambiaría nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Estoy satisfecho con mi vida en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mi vida en el pasado fue ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Las condiciones de mi vida en pasado fueron excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tuve las cosas importantes que quise en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	No cambiaría nada de mi vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Estoy satisfecho con mi vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mi vida actual es ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Las condiciones actuales de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Tengo las cosas importantes que quiero ahora mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	No habrá nada que quiera cambiar sobre mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Estaré satisfecho con mi vida en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Espero que mi vida futura sea ideal para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Las condiciones de mi vida futura serán excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Tendré las cosas importantes que quiera en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?

- Muy mala     Mala     Regular     Buena     Muy buena

Actualmente, ¿hasta qué punto se encuentra satisfecho/a con toda su vida, considerada globalmente ?

- Nada     Casi nada     Algo     Bastante     Mucho

<b>Marque su opción:</b>		<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1	En general, me influyen las personas con opiniones firmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Confío en mis opiniones incluso si son opuestas al consenso general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Me juzgo a mí mismo por lo que creo que es importante, no por los valores que otros creen que son importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	En general, siento que controlo las situaciones en las que vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Con frecuencia me abruma las exigencias de la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Soy bastante bueno/a gestionando las muchas responsabilidades de mi vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Creo que es importante tener experiencias nuevas que cuestionen lo que uno piensa de sí mismo y del mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hace ya tiempo que renuncié a intentar grandes mejoras o cambios en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me es difícil y frustrante mantener relaciones estrechas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Otras personas me describirían como una persona generosa dispuesta a compartir mi tiempo con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	No he experimentado muchas relaciones cálidas y confiadas con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Vivo la vida día a día y no pienso de verdad en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Algunas personas vagan por la vida sin ningún objetivo; yo no me considero así	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	A veces siento como si en mi vida ya hubiera hecho todo lo que tenía que hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Cuando repaso el relato de mi vida, me satisface la forma en que las cosas me han pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Me gusta la mayoría de los aspectos de mi personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	En muchos sentidos, me siento decepcionado de los logros de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Para cada una de las frases, indique con qué frecuencia usted ...</b>		<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>A veces</i>	<i>Siempre</i>
1	siente usted que está en sintonía con la gente que le rodea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	siente que le falta compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	siente que no tiene a nadie con quien poder contar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	se siente solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	siente que forma parte de un grupo de amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	siente que tiene mucho en común con los que le rodean?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	siente que ya no está cercano a nadie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	siente que sus intereses e ideas no son compartidos por los que le rodean?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	siente que es una persona extrovertida y amigable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	se siente cercano a las personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	se siente dejado de lado por los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	siente que sus relaciones con los demás no son significativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	siente que nadie le conoce realmente bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	se siente aislado de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	siente que puede encontrar compañía cuando la desee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	siente que hay personas que realmente le comprenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	se siente tímido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	siente que hay gente a su alrededor pero no con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	siente que hay personas con las que puede hablar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	siente que hay personas a las que puede recurrir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Marque su opción:</b>		<i>Ninguno</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3-4</i>	<i>5 a 8</i>	<i>9 ó más</i>
1	¿Con cuántos FAMILIARES se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>					
2	¿Con cuántos FAMILIARES se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	<input type="checkbox"/>					
3	¿Cuántos FAMILIARES siente suficientemente cercanos para llamarlos cuando necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>					
4	¿Con cuántos AMIGOS se encuentra o tiene noticias de ellos, por lo menos, una vez por mes?	<input type="checkbox"/>					
5	¿Con cuántos AMIGOS se siente lo suficientemente cómodo para conversar sobre asuntos personales?	<input type="checkbox"/>					
6	¿Cuántos AMIGOS siente suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>					

<b>Marque la opción según su frecuencia:</b>		<i>Menos que mensual</i>	<i>Mensual</i>	<i>Varias al mes</i>	<i>Semanal</i>	<i>Varias por semana</i>	<i>Diaria</i>
1	¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del FAMILIAR más cercano?	<input type="checkbox"/>					
2	¿Con qué frecuencia se encuentra o tiene noticias del AMIGO más cercano?	<input type="checkbox"/>					

<b>Marque la opción según su frecuencia:</b>		<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1	Cuando uno de sus FAMILIARES tiene que tomar una decisión importante ¿con qué frecuencia se lo comenta?	<input type="checkbox"/>					
2	¿Con qué frecuencia uno de sus FAMILIARES está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	<input type="checkbox"/>					
3	Cuando uno de sus AMIGOS tiene que tomar una decisión importante ¿con qué frecuencia se lo comenta?	<input type="checkbox"/>					
4	¿Con qué frecuencia uno de sus AMIGOS está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?	<input type="checkbox"/>					

<b>Marque su opción:</b>		<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni acuerdo ni desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1	Practico ejercicio con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Suelo seguir una dieta equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Considero que mis relaciones personales fuera de los estudios son satisfactorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Mis relaciones familiares son satisfactorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Practico actividades que me ayudan a relajarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mi autocuidado incluye implicarme activamente en una práctica espiritual, meditación, oración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Soy constante, tengo continuidad en mi práctica espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Cuando me siento sobrecargado emocionalmente intento buscar un tiempo para mi propio cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Cuando me veo sobrepasado por una situación siento que me puedo apoyar en mis compañeros para elaborar esta experiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Durante el último mes...</b>		<i>Menos de 1 día</i>	<i>1-2 días</i>	<i>3-4 días</i>	<i>5-7 días</i>
1	No podía quitarme la tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tenia problemas para poner atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Todo lo que hacía era un esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Dormía sin descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Disfruté de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Me sentía triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, asegúrese de que no ha dejado sin contestar ninguna pregunta. **GRACIAS.**

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

