

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital



PREDICTORES DE LA INTEGRIDAD EN ADULTOS MAYORES ECUATORIANOS

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Gladys Alexandra Bueno Pacheco

DIRIGIDA POR:

Dr. Juan Carlos Meléndez Moral

Dra. Encarnación Satorres Pons

Valencia septiembre 2021

Agradecimientos

A Juan Carlos Meléndez y Encarnación Satorres, mis directores, por su vasta guía, contribución y recomendaciones. Compartimos mucho, y a pesar de la distancia y las circunstancias de la vida, me sentí acompañada y respaldada. Aprendí mucho más de lo esperado.

Agradezco también a la Universidad del Azuay por su confianza y apoyo para llevar a cabo este proyecto de investigación.

Finalmente quiero expresar que este trabajo está lleno de gratitud, de manera especial hacia mi familia: Gustavo y Daniel. Su apoyo infinito, motivación y fortaleza en los momentos difíciles hicieron de este sueño una realidad, y reafirmaron el hecho de que, con paciencia y perseverancia, todo se puede lograr. A mis padres Mario y Gladys, mis hermanos Xavier y Fernando, que creyeron en mí y me impulsaron siempre a ser mejor: su tiempo y ayuda han sido invaluable.

ÍNDICE

Prólogo.....	1
Capítulo 1. Contextualización del Ecuador.....	5
1. Situación geográfica de Ecuador.....	7
1.1. Situación económica.....	9
1.2. División Política.....	11
1.3. Provincia del Azuay.....	11
2. Ecuador: población y envejecimiento.....	14
2.1. Características Demográficas.....	15
2.2. Educación, trabajo y salud.....	17
2.3. Envejecimiento físico y cognitivo.....	18
Capítulo 2. Modelos de Envejecimiento.....	23
1. Introducción.....	25
2. Envejecimiento exitoso.....	28
3. Envejecimiento óptimo.....	32
4. Envejecimiento Activo.....	35
5. Envejecimiento positivo: modelo europeo.....	38
6. Nuevas propuestas al envejecimiento exitoso.....	40
6.1. Modelos Psicosociales de envejecimiento exitoso.....	42
6.2. De la gerotranscendencia a la integridad.....	45
Capítulo 3. La Integridad.....	49
1. Modelo Epigenético.....	51
2. Integridad y variables psicosociales.....	56
2.1. Satisfacción con la vida.....	56
2.2. Sentido de Coherencia.....	60
2.3. Bienestar.....	65

2.4. Afrontamiento	69
2.5. Resiliencia	74
2.6. Estado de ánimo negativo	78
2.7. Salud.....	82
2.8. Autoeficacia	85
2.9. Gratitud	90
Capítulo 4. Material y método.....	95
1. Objetivos e hipótesis.....	97
2. Método.....	99
2.1. Participantes	99
2.2. Procedimiento	103
2.3. Instrumentos.....	104
2.4. Análisis.....	111
Capítulo 5. Resultados.....	113
1. Análisis de las escalas	115
1.1. Escala CES–D	115
1.2. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	118
1.3. Escala de Resiliencia (BRCS).....	119
1.4. Escala de Autoeficacia General (EAG)	121
1.5. Escala de Integridad NEIS	123
1.6. Escala de Sentido de Coherencia (SOC).....	124
1.7. Escala de Gratitud	127
1.8. Escala de Afrontamiento (CAE)	128
1.9. Contínium de Salud Mental MHC-SF.....	133
2. Análisis Bivariado: Correlaciones	133
3. Análisis Multivariados.....	136
4. Análisis de Regresión Lineal.....	145
5. Modelo de Ecuaciones Estructurales	146
5.1 Modelo Estructural.....	148
Capítulo 6. Discusión	151
1. Primer objetivo. Análisis de las escalas	154

2. Segundo objetivo. Correlación entre las medidas	164
3. Tercer objetivo. Análisis Multivariados	166
4. Cuarto objetivo. Regresión lineal para predecir integridad y desesperanza.....	172
5. Quinto objetivo. Modelo estructural: integridad en adultos mayores ecuatorianos	175
6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación	181
Capítulo 8. Conclusiones.....	183
Capítulo 9. Referencias	189

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa del Ecuador en América.....	8
Figura 2. División política del Ecuador	11
Figura 3. Modelo McArthur (Rowe y Kahn, 1997)	30
Figura 4. Modelo SOC (Baltes y Baltes, 1990).....	33
Figura 5. Modelo Biopsicosocial	35
Figura 6. Modelo de Envejecimiento Activo de la OMS (2002)	38
Figura 7. Modelo de Envejecimiento Positivo (Fernández-Ballesteros, 2011).....	39
Figura 8. Modelo de Lee et al. (2011).....	41
Figura 9. Modelo Psicosocial de Envejecimiento Exitoso (Carver y Buchanan, 2016)	43
Figura 10. Ocho etapas del desarrollo de Erikson. (Erikson, 1984).....	52
Figura 11. Origen de Satisfacción con la Vida. Propuesta de Diener (2000)	57
Figura 12. Las seis C's: Modelo Salutogénico propuesto por Antonovsky (1993)	61
Figura 13. Aspectos del Sentido de Coherencia (Antonovsky, 1987)	63
Figura 14. Dimensiones del Bienestar (Keyes, 2002).....	67
Figura 15. Estrategias de Afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003).....	70
Figura 16. Modelo de Resiliencia de Resnick (2014)	77
Figura 17. Ciclo de la Depresión (Unützer y Park, 2012).....	80
Figura 18. Factores que influyen en la salud a nivel individual.....	83
Figura 19. Fuentes de Autoeficacia y fuentes de inducción de cada dimensión.....	87
Figura 20. Representación de diferencia entre expectativa de resultado y eficacia.....	88
Figura 21. Pasos del Programa de Envejecimiento agradecido (Schlitz, 2017).....	93
Figura 22. Edad en rangos.....	100
Figura 23. Sexo y estado civil de los participantes	100
Figura 24. Nivel de estudios.....	101
Figura 25. Situación de vivienda actual	101

Figura 26. Enfermedades reportadas por los participantes	102
Figura 27. Modelo de segundo orden con 4 factores para Depresión (Escala CES–D).....	117
Figura 28. Modelo unidimensional de Satisfacción con la vida (Escala SWLS).....	119
Figura 29. Modelo unidimensional de Resiliencia (Escala BCRS)	120
Figura 30. Modelo unidimensional Escala de Autoeficacia General (Escala EAG).....	122
Figura 31. Modelo de dos dimensiones para Integridad (Escala NEIS)	124
Figura 32. Modelo de tres factores para Sentido de Coherencia (Escala SOC).....	126
Figura 33. Modelo unidimensional de Gratitud	128
Figura 34. Modelo bifactorial de Afrontamiento (Escala CAE)	131
Figura 35. Diferencias en estrategias de afrontamiento en función del grupo de edad.....	136
Figura 36. Diferencias estrategias de afrontamiento en función de satisfacción vital	137
Figura 37. Diferencias en estrategias de afrontamiento en función de resiliencia.....	138
Figura 38. Diferencias en expresión emocional abierta y religión en función de género	139
Figura 39. Diferencias en evitación en función del género y nivel de resiliencia.....	139
Figura 40. Diferencias en integridad y desesperanza en función del género	140
Figura 41. Diferencias en integridad y desesperanza en función de satisfacción	141
Figura 42. Diferencias en integridad y desesperanza en función del género	141
Figura 43. Diferencias en integridad y desesperanza en función del nivel de resiliencia....	142
Figura 44. Diferencias en las dimensiones del SOC en función del nivel de satisfacción...	143
Figura 45. Diferencias en las dimensiones del SOC en función del nivel de resiliencia.....	144
Figura 46. Diferencias en las dimensiones del SOC en función del género	144
Figura 47. Modelo inicial de Integridad en adultos mayores ecuatorianos.....	147
Figura 48. Modelo final de Integridad en adultos mayores ecuatorianos	149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de resiliencia	76
Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala CES-D	116
Tabla 3. Cargas factoriales para los ítems de la escala CES-D.....	118
Tabla 4. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala SWLS	118
Tabla 5. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala BRCS	120
Tabla 6. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala EAG	121
Tabla 7. Cargas factoriales para los ítems de la escala EAG	122
Tabla 8. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala NEIS	123
Tabla 9. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala SOC	125
Tabla 10. Cargas factoriales para los ítems de la escala de Sentido de Coherencia	127
Tabla 11. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala de gratitud	127
Tabla 12. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala CAE.....	129
Tabla 13. Cargas factoriales para los ítems de la escala de Afrontamiento	132
Tabla 14. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala MHC-SF.....	133
Tabla 15. Correlaciones bivariadas entre las variables psicológicas	134
Tabla 16. Coeficientes de regresión lineal múltiple para Integridad y Desesperanza.....	145

El cambio estructural que la población está teniendo a nivel mundial en cuanto a la edad, ha llamado la atención a los científicos, dado que las pirámides poblacionales tradicionales se están invirtiendo a ritmo acelerado. Así, se calcula, por ejemplo, que entre 2015 y 2050 la población mundial de adultos mayores de 60 años pasará de 12% al 22% (OMS, 2017). De manera más concreta, la población actual de Latinoamérica y el Caribe bordea los 652 millones de habitantes, donde las personas adultas mayores alcanzan los 76 millones, y se prevé que para el 2075, la cifra alcance los 264 millones de personas adultas mayores (Huenchuan, 2018).

En este contexto, se comprende que dicha transformación demográfica se debe a varios factores, entre ellos, la reducción de la tasa de fecundidad, determinada por nuevos escenarios tanto económicos como sociales y culturales: el ingreso de la mujer al campo laboral, métodos anticonceptivos, disminución de mortalidad infantil, etc. Pero otro de los grandes factores a considerar para este rápido crecimiento de población adulta mayor, es la ganancia de años de vida debido al descenso de la mortalidad, haciendo que, en Latinoamérica, la esperanza de vida haya pasado de un promedio de 59 años entre 1965 y 1970, a 76 años entre 2015 y 2020 (Huenchuan, 2018).

En el caso de Ecuador, es importante considerar dichos cambios demográficos, teniendo en cuenta, además, los factores específicos de este país. En efecto, en Ecuador el número de hijos por familia pasó de 2,3 en los años '90s, a 1,6 a partir del 2010. De seguir esta tendencia, hará que el índice de envejecimiento aumente de 89 personas adultas mayores por cada 100 niños, a 165 personas adultas mayores por cada 100 niños en el año 2050 (Forttes, 2020). De igual manera, en Ecuador, según señala las Naciones Unidas (2019), la esperanza de vida de las personas al nacer alcanza hoy en día los 76.7 años, mientras que la esperanza de vida de las personas de 60 años en adelante, pasó de 76 años en 1960, a más de 83 años en el año 2020. Con estas cifras en mente podemos afirmar que el Ecuador también es parte de este cambio demográfico, lo que, en contraparte, exige también que este amplio rango de población reciba más atención debido a sus características propias.

Abrimos entonces paso a la voz del adulto mayor, para quien no solo cuenta la cantidad de años que vive, sino la calidad de vida que experimenta en estos últimos años de su vida (Tortosa-Martínez et al., 2014). Si bien las acciones gubernamentales están dirigidas a dar atención prioritaria a los adultos mayores por considerarlo como un grupo de población vulnerable, sus esfuerzos, promulgados por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (2018) en el caso de Ecuador, se enfocan en temas económicos, educativos, generación de entornos favorables y de acceso a servicios de salud desde el punto de vista médico. Aunque es un plan de cobertura amplia, no contempla como tal el desarrollo de cualidades y potencialidades propias del ser humano, en esta época del ciclo de vida.

Es ahí donde, desde la mirada de la Psicología Positiva, se intenta promover recursos psicológicos en los adultos mayores en lugar de enfocarse en la carencia o en la enfermedad, para que puedan disfrutar de esta última etapa de la vida con total entereza y dignidad. Para ello se han retomado los postulados de Erik Erikson (1963), quien señala que las personas en la última etapa de la vida deben sentirse satisfechas con lo que hicieron, con su historia de vida, con haber sido personas únicas, con saber que lo realizado durante su desarrollo vital fue acorde a sus valores y a su historia propia, y así, estar convencidas de que todo su trabajo y todo lo vivido tuvo impacto a nivel personal, a nivel social e incluso cultural. En pocas palabras, las personas adultas mayores deben llegar esta etapa de la vida con Integridad. En efecto, la Integridad promueve que la persona acepte su ciclo vital como único en la historia, con sus

triumfos, pero también con sus fracasos, y ello le brinda significado a la vida, y así la persona adquiere un sentido de orden en el mundo.

A pesar de lo mencionado, no todos los adultos mayores pueden señalar que han alcanzado la Integridad. Muchos de ellos se muestran temerosos en esta etapa, al sentir que “se les acaba el tiempo”, que no pudieron alcanzar lo que planearon, que esta etapa de su vida no es como la pensaban o la querían, mostrando sentimientos de rechazo hacia sí mismo o hacia instituciones gubernamentales o religiosas (Martínez, 2008). Es entonces cuando dichos adultos mayores se encuentran en Desesperanza.

Es así que esta investigación procura contribuir a la salud y bienestar de los adultos mayores, analizando cuáles son aquellos factores psicológicos que promueven la integridad en este grupo de edad, considerando el contexto específico de Ecuador. La investigación desde esta perspectiva permitirá generar nuevas políticas de acción que beneficien a este grupo etario y que respondan a las características únicas y distintivas de esta población. De esta manera se favorecerá que los adultos mayores tengan una vida más armoniosa, pero a la vez, se impulsará el hecho de que no sean vistos como seres pasivos y dependientes, frágiles y enfermizos, sino como seres que tienen la capacidad y los recursos para ser los actores y partícipes de su vida, a pesar de su avanzada edad. Con esta visión también se espera que ellos mismos, los adultos mayores, sientan confianza y tranquilidad con las decisiones que tomaron, con las metas que alcanzaron, e incluso con los desaciertos que tuvieron, porque todo ello conformó su única historia de vida.

De esta manera, la presente investigación tiene como objetivo la generación de un modelo estructural que dé cuenta de las variables psicológicas que llevan a predecir la Integridad. Dicho modelo será pionero en Ecuador, y de seguro abrirá la puerta a nuevas investigaciones en el área, que procuren ampliar la perspectiva de cuidado y atención al adulto mayor, acorde a la situación y condición propias de la región y el país.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ECUADOR

1. Situación geográfica de Ecuador.

La República del Ecuador se ubica en América del Sur, y atraviesa la latitud cero o línea equinoccial, haciendo que el país se encuentre en ambos hemisferios (Figura 1). El país recibe su nombre gracias a que, en el siglo XVIII, la Presidencia de Quito, como se conocía en España a nuestro país, recibe a la Misión Geodésica Francesa. Este selecto grupo tenía como objetivo determinar la verdadera forma de la Tierra. Para ello decidieron acudir a zonas pobladas y civilizadas que permitieran el arduo trabajo de medición que debían realizar. Las observaciones realizadas en las tierras del Ecuador, hicieron que desde 1830 tome el nombre de República del Ecuador (Terán, 2012).

El territorio ecuatoriano limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú y al oeste con el Océano Pacífico, mostrando una extensión de 262826 kilómetros cuadrados.

Figura 1. Mapa del Ecuador en América.



Nota: El país se observa en color rojo (<https://mapamundi.online/america/del-sur/ecuador/>).

El Ecuador está atravesado longitudinalmente por la Cordillera de Los Andes, lo que implica que además tenga gran actividad volcánica, por ubicarse en el llamado cinturón de fuego del Pacífico. Esta cordillera hace que el territorio se divida en tres regiones naturales: la región Interandina o Sierra, que se ubica entre las cordilleras Occidental y Central. La Región Oriental o Amazonía, que se ubica hacia el este del país, ocupa cerca de la mitad del territorio y alberga gran parte de la biodiversidad del planeta, puesto que predomina la selva virgen, zonas pantanosas y grandes ríos. Hacia el oeste se encuentra la Región Litoral o Costa, bañada por el océano Pacífico, que se caracteriza por llanuras densas, salitrales y manglares. Además, sus aguas territoriales incluyen a una cuarta región natural: la Región Insular o archipiélago de Galápagos, ubicado a 600 millas de la costa y formado por 13 grandes islas y 17 islotes, siendo una importante reserva ecológica que fue declarada Patrimonio Natural de la Humanidad por las Naciones Unidas (INOCAR, 2012; León, 2015).

La capital del Ecuador es la ciudad de Quito, la cual fue declarada Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO, gracias a su arquitectura colonial que se conjuga con modernos edificios. Se estableció como moneda oficial al dólar de los Estados Unidos de América desde el año 2000. El idioma oficial es el español, sin embargo, el quechua se

considera como segundo idioma principalmente hablado entre los indígenas de la región interandina. Debido que el país se ubica sobre la línea ecuatorial, no posee 4 estaciones marcadas como sucede en otros países. Al contrario, presenta épocas alternas lluviosas y secas. En la región costanera e insular, la estación lluviosa va de enero a abril, con temperaturas promedio de 28°C. La época seca tiene temperaturas más bajas. En la Amazonía, el clima puede alcanzar temperaturas por encima de los 30°C y con una elevada humedad. En la región interandina, el período seco corresponde de junio a septiembre, con temperaturas entre 10° y 20° C (Cámara Oficial Española de Comercio del Ecuador, 2020).

Considerando la demografía del Ecuador, su población representa el 0,2% del mundo, y el 2% de América Latina (Villacís y Carrillo, 2012). El país se caracteriza por ser pluricultural y multiétnico, donde cerca del 72% se considera mestizo, y se ubica mayoritariamente en la región andina; 7,4% se reconoce como montubio, y se refiere a la gente que se asienta en la Costa; 7%, dice ser indígena, tomando en cuenta que existe al menos 37 pueblos indígenas (entre ellos los shuaras, cofanes, huaoranis, saraguros, cañaris y salasacas que aún mantienen sus costumbres y tradiciones); 6,1% se reconoce como blanco; y un 4.2% como afrodescendiente (Instituto Geográfico Militar del Ecuador, 2013).

1.1. Situación económica.

El Ecuador, desde su fundación, basó su economía en la producción de recursos primarios: cacao, banano, café, atún, flores, camarón y otros bienes de consumo que no sufren una transformación o tienen valor agregado. Sin embargo, a partir de los años setenta, la explotación del petróleo modifica la matriz productiva, de cara a una producción industrial de un recurso natural. Ello implica que el precio internacional del petróleo impacte directamente en la economía del país, fluctuando a lo largo de los años de 24,70 USD a 98,50 USD por barril (Banco Central del Ecuador, 2016). A partir del 2008 la balanza comercial empieza a desarrollar saldos negativos puesto que el precio del petróleo fluctúa considerablemente, y entonces el desarrollo de la masa productiva del país pasa a estar regido por la importación de productos, bienes o servicios, que, a nivel local, son comercializados o transformados en bienes y servicios. Incluso se puede observar que, en el Ecuador, la formación académica se concentra en especializaciones de servicios (Viteri y Tapia, 2018).

La desaceleración en el crecimiento de la economía del Ecuador se percibe con mayor énfasis desde el año 2011 (Cámara de Comercio de Guayaquil, 2017). Desde el 2006, se han mantenido estas tendencias decrecientes, y entre 2010 y 2016 sus resultados han sido negativos: en el 2015 el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) fue tan solo del 0,2% y en el año 2016 decreció en 1,5%, dando como resultado un periodo recesivo en la economía del país (Vallejo-Mata et al., 2019). Es notable en este panorama, que el sector externo determina la economía ecuatoriana, debido principalmente a que las exportaciones no son competitivas en el mercado internacional provocando un deterioro continuo de la balanza comercial.

En el ámbito científico, se ha reconocido que el país ha mantenido un aporte constante en la inversión en educación superior hasta el 2014 calculado en 2,12% aproximadamente (Álvarez-Muñoz y Pérez-Montoro, 2015).

A partir del año 2008, entran en vigencia nuevas leyes que benefician al profesorado e investigadores a nivel universitario. En este marco, se establecieron incentivos y promoción de docentes que favorecieron la producción e innovación científica. Como resultado, los profesores con doctorado han crecido en 297% y los artículos científicos en un 46,25% (Álvarez-Muñoz y Pérez-Montoro, 2016).

Por otro lado, el sistema de seguridad social ha tendido a ser más inclusivo, puesto que ha incluido a trabajadores del sector agrícola como parte de sus afiliados, sin embargo, se ha notado que, aunque la economía del país crece, el sistema no tiene la suficiente capacidad para absorber nuevos afiliados que promuevan la sostenibilidad financiera del sistema en el futuro (Salcedo-Muñoz et al., 2019).

Finalmente, acorde con datos del INEC (2019), para diciembre del 2019, la pobreza (ingresos mensuales menores a 84,82 USD) a nivel nacional fue del 25%, mientras que la pobreza extrema (ingresos mensuales menores a 47,80 USD) fue de 8.9%. La pobreza a su vez, está directamente relacionada con el trabajo asalariado informal (5%) y el autoempleo (10%). Este fenómeno redonda en la visión del trabajo informal como una segunda mejor estrategia que sustituye la falta de empleo formal y al que recurren las personas cuando enfrentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas (Canelas, 2019).

1.2. División Política.

El país está conformado por 24 provincias (Figura 2). En la Costa se encuentran las provincias de Esmeraldas, Manabí, Los Ríos, Guayas, El Oro y Santa Elena. En la Amazonía están Sucumbíos, Napo, Pastaza, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. En la Sierra, en la zona norte de Los Andes, están Carchi, Imbabura, Pichincha, Santo Domingo de los Tsáchilas, Cotopaxi, Tungurahua y Chimborazo; en el sector sur se encuentran Bolívar, Cañar, Azuay y Loja. Finalmente, la provincia de Galápagos en la región Insular. Cada una de las provincias está subdividida en cantones, los cuales a su vez se dividen en parroquias urbanas y rurales (INOCAR, 2012).

Figura 2. División política del Ecuador.



1.3. Provincia del Azuay.

Tal como se mencionó anteriormente, la provincia del Azuay se encuentra en la región interandina. Limita al norte con Cañar, al sur con el Oro, Loja y Zamora Chinchipe, al este con Morona Santiago y al oeste con el Guayas y el Oro. Tiene una población de 867239 habitantes, de los cuales el 7,75% son adultos mayores (INEC, 2019). Tiene una superficie aproximada de 8493 km² (Gobierno de Ecuador, 2015).

Azuay se crea como provincia en junio de 1824 con 6 cantones. En los años '90 se suman 9 cantones y en marzo del 2002 se suma un último cantón, haciendo que en la actualidad

contemos con 15 cantones en la Provincia, a saber: Cuenca, Paute, Gualaceo, Girón, Santa Isabel, Sígsig, San Fernando, Nabón, Pucará, Oña, Chordeleg, El Pan, Sevilla de Oro, Guachapala, Camilo Ponce Enríquez (Prefectura Provincial del Azuay y Universidad del Azuay, 2007).

La temperatura promedio se ubica entre 12°C y 20°C puesto que su geografía ofrece diversos paisajes que van desde las mesetas altas, donde el clima es frío, andino o paramal, pasando por los valles de Cuenca, Sígsig, Girón y Gualaceo, en donde es templado, hasta los valles como el de Yunguilla y la zona occidental, donde es tropical sub-andino (Prefectura Provincial del Azuay y Universidad del Azuay, 2007).

En épocas antiguas, la producción económica de la provincia se basaba exclusivamente en la agricultura y la artesanía, donde resaltaba la producción de caña de azúcar, maíz, manzanas, peras, duraznos, etc., además, por la elaboración de textiles y sombreros de paja toquilla. Dichos sombreros fueron conocidos como *Panama Hat* debido a que se exportaron a ese país para proteger del ardiente sol que atosigaba a los trabajadores del Canal de Panamá, pero en este nombre se perdió la real procedencia del sombrero (Murillo, 1992).

En la actualidad, su economía ha dado un giro importante hacia la industria, donde sobresalen las de tejidos, cerámica, llantas y muebles, impulsando el desarrollo del país (Avilés, n.d.). Se debe considerar también que Azuay es la provincia con mayor índice de exportación de rosas, sobre todo a los mercados de China, Europa y Estados Unidos (Murillo, 1992). A nivel local, el cantón Paute alberga a la hidroeléctrica más grande del país, pues provee un 35% de la energía eléctrica total (Corporación Eléctrica del Ecuador, 2013).

Acorde con Ramsal (1980), de entre los diversos parajes del Azuay, se deben destacar, luego de su cabecera cantonal Cuenca, otros sitios de gran realce. Por ejemplo, se puede considerar a Chordeleg y Gualaceo, localidades ubicadas a pocos minutos de Cuenca, que cuentan con gran tradición folclórica y arqueológica. Gualaceo conserva aún muchas de las tradiciones indígenas y actualmente destaca por su producción artesanal de zapatos de cuero, textiles como “la macana”, así como por su vegetación y flora que permite tener a disposición frutas del lugar como duraznos, capulíes, manzanas, entre los meses de diciembre a mayo. Chordeleg, por su parte, tuvo un gran desarrollo con la industria metalurgia del oro, y sobresalen las obras a mano de joyería de filigrana.

Azuay, además, cuenta con un yacimiento de mármol, con el que se han realizado desde pequeñas artesanías hasta grandes obras arquitectónicas. Asimismo, es importante mencionar la producción de cerámica, desde la pequeña, rústica y colorida producción, hasta la industrializada que genera productos seriados y de exportación (Murillo, 1992).

1.3.1. Ciudad de Cuenca.

La capital de la provincia es la hermosa ciudad de Cuenca, fundada el 12 de abril de 1557. A su vez, Cuenca está conformada por 37 parroquias, de las cuales 16 son urbanas y las demás se consideran rurales. El cantón Cuenca ocupa un área de 3665,32 kilómetros cuadrados, equivalente al 42% de la superficie de la provincia del Azuay. En general presenta paisajes de alta montaña como el páramo y de fondo de valle, siendo el principal en donde se asienta la ciudad de Cuenca, a una altitud aproximada de 2500 m.s.n.m. (Ilustre Municipalidad de Cuenca, 2015).

Acorde con Ponce (1992), Cuenca tiene una gran tradición histórica, cultural y gastronómica que la distingue de las demás ciudades del país. Se trata de una ciudad construida sobre lo que antes fue el pueblo Cañari. Se asienta sobre una planicie entre dos colinas y está bañada por cuatro ríos que atraviesan la ciudad.

Su arquitectura mantiene construcciones coloniales en sus casas, caracterizadas por techos de teja, balcones floridos, patio y traspatio, piletas de piedra, huertas y jardines. Además, cuenta con varios templos y catedrales de gran belleza, como la Catedral de la Inmaculada Concepción, cuya construcción data de 1885, se ubica frente a la plaza central “Abdón Calderón”, y constituye la construcción más característica de la ciudad. A 400 metros de este lugar, se encuentra el Barranco, a orillas del río Tomebamba, desde donde termina la parte colonial de la ciudad para dar lugar a la arquitectura moderna (Murillo, 1992).

Cuenca mantiene vigentes las costumbres religiosas como “el pase del Niño Dios” en el mes de diciembre. La ciudad cuenta con gran producción artesanal: desde hierro forjado, cestería, hasta sombreros de paja toquilla (Domínguez, 1992; Ponce, 1992).

Cercana a la ciudad, se encuentra una región lacustre, cuya belleza radica en las más de 200 lagunas ubicadas a nivel de páramo, denominado como Parque Nacional Cajas, y es una de las reservas ecológicas más importantes del país (Domínguez, 1992).

2. Ecuador: población y envejecimiento.

La vejez viene de la voz latina *vetus* que se deriva del griego *etos*: “años”, “añejo”. Siguiendo un recorrido histórico, en el mundo antiguo, la vejez fue considerada como referente de sabiduría. Luego, en la antigua Grecia, tomó un tinte distinto y fue relacionada con lo indeseable, con el castigo, con la pérdida. En la modernidad, con el surgimiento de la industria y el capitalismo, la vejez fue relacionada con la falta de productividad, con la dependencia. Actualmente, se procura tener una visión científica y positiva de la vejez (Ramos et al., 2009).

La vejez, dentro de este contexto, es entonces la última etapa de la vida del ser humano, que luego de su relación con el mundo, ahora está lleno de experiencias, y que forma parte del concepto más amplio de envejecimiento (Alvarado y Salazar, 2014).

Este proceso de envejecimiento que lleva a la vejez puede ser analizado desde diferentes perspectivas. La biológica la señala como un desgaste natural de los seres vivos; las teorías psicológicas se centran en la cognición, la personalidad y las estrategias de manejo; las de la continuidad señalan que no hay ruptura entre los adultos y los adultos mayores sino es una prolongación de experiencias; las sociales hablan de desvinculación, donde la persona considera el retiro para preocuparse más de sí misma; la teoría de la actividad señala que la participación lleva a la autorrealización. Es así que el envejecimiento es considerado como un cúmulo de cambios que se producen en el ser humano a lo largo del ciclo vital: desde la concepción hasta la muerte, y a pesar de ser un fenómeno natural, ha sido difícilmente aceptado como una realidad inherente al ser humano (Alvarado y Salazar, 2014).

A pesar de que han existido adultos mayores en todas las épocas, el fenómeno del envejecimiento poblacional es nuevo y abarca a todas las sociedades (Martínez et al., 2018), perfilando así, por ejemplo, que para el 2050 las personas de la tercera edad ocupen el mayor segmento poblacional a nivel mundial (Gutiérrez et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2015) señala que, debido al aumento de la esperanza de vida, la proporción de personas mayores de 60 años se ha incrementado rápidamente en casi todos los países. Las consecuencias de este fenómeno han propiciado que la sociedad deba atender todos los requerimientos que ello conlleva, de manera que no se tenga

simplemente un mayor número de años, sino que además se vele por la salud con una mayor capacidad funcional, garantía de participación social y seguridad (Gutiérrez et al., 2018; Martínez et al., 2018) obteniéndose una mayor esperanza de vida, pero libre de dependencia.

En cuanto a la realidad del Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en base al último censo realizado en el año 2010, señala que en el Ecuador el 6.7% de la población rebasa los 65 años de edad; dicha cifra aumentará al 7,5% para el 2020 y se proyecta que para el 2060 se llegue al 22,4%. Esto es comparable a cifras mundiales, pues también se prevé que para el 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años a nivel mundial se duplicará de 11% a 22%, pasando de 605 millones a 2000 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2020).

El aumento de la población es vertiginoso y no se trata de un hecho de países industrializados o desarrollados sino de un fenómeno global (Calero y Navarro, 2018). Dadas las circunstancias, los gobiernos buscan implementar nuevas políticas de Estado para la gestión de recursos destinados a su atención. En este sentido, distintos organismos gubernamentales ecuatorianos han establecido nuevas políticas que se enfocan en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la implementación de servicios sociales diversos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014). De hecho, desde la constitución de 2008 en el Ecuador se ha tomado al adulto mayor como grupo de atención prioritaria, y en marzo de 2019, se aprobó la “Ley orgánica de las personas adultas mayores”. Con ello se busca ir creando acciones concretas encaminadas al mejor sustento, cuidado y atención de los adultos mayores, así como a mejorar cualitativamente su salud y bienestar.

2.1. Características Demográficas.

Desde la última encuesta de salud y bienestar del adulto mayor (INEC; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009) se reportaron algunos datos de proyecciones poblacionales. Así, por ejemplo, en 2009 se reportaba la cifra de 1229089 personas adultas mayores. Sin embargo, para el 2019 se proyectaron nuevas cifras, que indican que actualmente son 1264423 adultos mayores, donde un 48% de la población es de varones. Para el año en que se estableció la encuesta, las mujeres correspondían al 53,4%, con una esperanza de vida de 78 años, mientras que los hombres se presentaban en una proporción de 46,6% y tenían una

esperanza de vida de 72 años. Para el 2015 la esperanza de vida en mujeres se mantenía en 78 años, pero para hombres la esperanza de vida aumentó a 73 años (INEC, 2012). Por su parte, según datos de la Organización Mundial de la Salud para el año de 2016, se señala que en el Ecuador la esperanza de vida de mujeres es de 79 años y la de los hombres es de 74 (WHO, 2019), y acorde con el Consejo Nacional de Igualdad Intergeneracional (CNII), se proyecta que para el 2050 la esperanza de vida de mujeres se eleve a 83 años y la de hombres a 77 (CNII, 2018). Algunos autores señalan que la calidad de vida se percibe como más satisfactoria cuando la persona tiene entre 71 y 80 años (Bustamante et al., 2017).

La Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2017-2021, señaló algunos datos estadísticos que llaman la atención en torno a los adultos mayores. En este sentido, se calculó que para el 2017, el 63% de adultos mayores se ubicaba en área urbana; un 25,9% de adultos mayores vive en situación de pobreza, siendo mayor la incidencia en zonas rurales (Enríquez et al., 2019) y 4,75% de personas adultas mayores se encontraban en situación de pobreza extrema (CNII, 2018).

En general, se ha determinado que alrededor del 90% de los adultos mayores viven con alguna persona que los acompaña: la mitad de las veces, este acompañante es la hija o hijo, mientras que el porcentaje restante está comprendido por nietos, por la pareja u otra persona, dejando únicamente un 10% de adultos mayores que viven solos (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009). Es muy importante considerar que la familia es un gran soporte para los adultos mayores, puesto que este contexto inmediato brinda protección, socialización y bienestar, resultado especialmente importante en situaciones de pobreza, marginación y dependencia (Aponte, 2015).

Un estudio realizado en la provincia del Guayas revela algunos datos interesantes en cuanto a la calidad de vida en las personas adultas mayores (Bustamante et al., 2017). En cuanto al área que habita la persona, los autores han encontrado que las mujeres que viven en el área urbana son más proclives a sentirse más satisfechas con su calidad de vida, en comparación con aquellas que viven en las zonas rurales. También señalan que la preferencia de acceso a servicios, por ejemplo, hospitales públicos y/o bancos, así como la exoneración de ciertos impuestos, contribuyen en buena medida a mejorar la calidad de vida de estas personas. Finalmente, los autores indican que la situación de responsabilidad económica en el hogar

contribuye a su percepción de adecuada calidad de vida, probablemente por el hecho de que valida la autoestima de la persona y la hace sentirse socialmente útil.

2.2. Educación, trabajo y salud.

Al hablar del bienestar y la calidad de vida en el adulto mayor ecuatoriano, también es necesario señalar la variable de educación. Acorde con varios investigadores, el nivel educativo incide directamente en la percepción de bienestar, así como en la salud mental (De la Cruz et al., 2013). En este sentido, se observa que, a nivel nacional, solo el 13% de adultos mayores tuvo una educación secundaria completa y universitaria, el 60,3% accedió a educación incompleta, y un 18,3% de esta población no accedió a ningún tipo de educación (Enríquez et al., 2019). La educación es una de las variables socioeconómicas que más influyen sobre las desigualdades, incluso se puede afirmar que es la variable más importante ya que determinará la ocupación y, en consecuencia, los ingresos de un futuro (Eikemo et al., 2008). Acorde con los autores del estudio anteriormente señalado, el nivel educativo es un determinante de la calidad de vida de las personas, pues tiene que ver con su nivel de ingresos, acceso a cambios tecnológicos, adaptabilidad, etc.; por el contrario, un bajo o nulo nivel de educación facilita la vulnerabilidad hacia situaciones de pobreza (Bustamante et al., 2017). Acorde con el CNII (2018), cerca del 55% tiene nivel educativo de primaria y 22% no tiene estudios.

Siguiendo con esta línea, una interesante investigación realizada en Cuenca acerca del bienestar en la población, encuestó alrededor de 370 adultos mayores. Dentro de este grupo en específico, solo el 12% trabaja y 53,3% tiene ingresos superiores a \$668.00 USD. El estudio determinó que el hecho de que un adulto mayor trabaje y tener este nivel de ingresos económicos, está claramente relacionado con un nivel de bienestar mayor (Aguilar-Sizer et al., 2017).

Estos datos no están lejos de la realidad nacional. Se conoce que el 40% de adultos mayores pertenece a la población económicamente activa. De ellos, únicamente el 18% cuenta con empleo adecuado y 0,5% se encuentra desempleado (Enríquez et al., 2019).

Así mismo, la situación de salud también debe ser considerada en este análisis. Dado el aumento vertiginoso de esta población, acompañado de un descenso en la tasa de fecundidad y

de mortalidad, se espera que los adultos mayores puedan contar un buen nivel de salud, que les permita disfrutar de esta época de la vida en una situación de bienestar y calidad de vida (Villafuerte et al., 2017).

En este sentido, se ha visto que el 77,13% de adultos mayores reportaron tener una salud regular / pobre (Borda et al., 2017). También se ha descrito que las mujeres adultas mayores y los adultos mayores que residen en zonas costaneras, tienden a tener diagnósticos de manera más temprana, sobre todo aquellos como diabetes, enfermedades coronarias, hipertensión arterial y artritis (Egüez y Flavia, 2015), lo que garantiza su bienestar por recibir tratamiento temprano, así como una mejor calidad de vida en estos años (Bustamante et al., 2017). El CNII (2018) afirma que cerca del 60% de adultos mayores presenta sobrepeso-obesidad, lo que se ve aunado al hecho de que solo un 9,5% de la población practica algún deporte.

En el mismo sentido, en cuanto a salud mental, alrededor de 80% de los adultos mayores en el Ecuador se encontraban satisfechos con su vida, tenían buen ánimo y se sentían felices. Sin embargo, el 43,7% tuvo preocupaciones, el 27,9% sintió que su vida estaba vacía y se determinó una prevalencia de 39% de depresión (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2009). Aunque este último dato esté relacionado debe ser tomado con precaución, puesto que se han observado diferencias entre poblaciones estudiadas con prevalencias en depresión que van desde el 12% hasta el 93% en población adulta mayor (Calderón, 2018)

El acceso a salud, pensiones jubilares y acceso a créditos, son beneficios que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) brinda a sus afiliados, procurando precautelar el bienestar de los mismos. Sin embargo, la realidad de los adultos mayores es que solo el 44% cuenta con una afiliación al IESS, lo que implica más preocupaciones en esta etapa final del ciclo de vida, tanto para los adultos mayores como para sus familiares (Enríquez et al., 2019). Según otros autores, este dato puede variar y no ser tan acertado, pues se calcula que alrededor del 58% de adultos mayores no cuentan con seguro social ni privado (CNII, 2018).

2.3. Envejecimiento físico y cognitivo.

Resulta necesario especificar el proceso de envejecimiento que estas personas atraviesan. En este sentido, son esperables determinados cambios psicofisiológicos en el adulto

mayor, que causan un impacto en sus capacidades, haciéndolo proclive a alteraciones patológicas (Da Silva, 2018).

A nivel morfológico y funcional, se esperan ciertos cambios en los diferentes sistemas y órganos de la persona. Así, por ejemplo, se observa la pérdida de masa muscular y aumento de grasa visceral, lo cual conllevará inevitablemente a la pérdida de fuerza muscular. Pero además de ello, se han relacionado estos factores de disminución de músculo y aumento de grasa, con la resistencia a la insulina y con trastornos del metabolismo de la glucosa; por ende, los adultos mayores son más propensos a padecer diabetes mellitus. Por su parte, a nivel cardiovascular, se puede observar que se produce un aumento en la rigidez arterial y en las paredes ventriculares del corazón, que implican posibles disfunciones cardiovasculares y mayor riesgo de que se presenten arritmias (Salech et al., 2012). Dichas condiciones se traducen en dificultades y limitaciones en salud para las personas adultas mayores, restando su independencia y, por ende, aminorando su calidad de vida. Al respecto, también se puede mencionar que, en el Ecuador, las tres principales causas de muerte en adultos mayores son: la diabetes mellitus, las condiciones cardiovasculares y las enfermedades hipertensivas (Freire y Waters, 2012).

Otro de los órganos más sensibles al envejecimiento es el cerebro. En específico, en el envejecimiento cerebral existe un descenso predominante de las competencias de la corteza prefrontal vinculadas principalmente con la percepción, atención, reconocimiento de palabras escritas, procesos de codificación y memoria. Sin embargo, no todas las funciones cognitivas se afectan de formas similares en la vejez normal, además, el impacto que producen estos cambios varían a nivel individual (Bernardo y Arancibia, 2010). Por otro lado, el envejecimiento patológico, aunque no es un proceso normal, es más frecuente de lo que se piensa. De ahí surge que se tienda a normalizar esta situación en los adultos mayores, a pesar de que no se trata de un hecho normal.

Cuando se habla de envejecimiento patológico, viene a la mente el concepto de deterioro cognitivo. Éste, constituye la modificación de las capacidades mentales superiores (memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), que dificultan la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores (Castro y Ramos, 2017). Siguiendo la hipótesis de continuo cognitivo, el deterioro cognitivo leve (DCL) se podría definir como la fase de

transición entre los cambios asociados con el envejecimiento normal y la tan temida demencia (Custodio et al., 2012). Trabajos como el de Petersen (2004) o Petersen et al. (2014), señalaron que el DCL incluía a pacientes con las siguientes características: quejas de memoria corroboradas por un informador; ausencia de repercusiones mayores en actividades de la vida diaria; función cognitiva general intacta; trastorno de memoria objetivado superior al normal para su edad y educación de entre 1 y 2 desviaciones estándar; y ausencia de demencia. Posteriormente los conceptos de deterioro cognitivo y demencia fueron renombrados como trastorno neurocognitivo menor y mayor respectivamente, por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición de la *American Psychiatric Association* (DSM-5; APA, 2014). La principal diferencia entre ambas entidades es la intensidad de los síntomas y la afectación que causan al desempeño de las actividades de la vida diaria de la persona. Por tanto, el trastorno neurocognitivo mayor se diagnosticará cuando el individuo requiera de asistencia para llevarlas a cabo o cuando desista de realizarlas si no cuenta con ayuda externa (González et al., 2014). Para una correcta evaluación y diagnóstico es necesario recibir información del paciente y sus familiares acerca de su desempeño cognitivo, funcional y conductual, en la actualidad y en el pasado. Además, se requiere de exámenes neurológicos, hormonales y neuroimágenes (Tello et al., 2016).

La demencia, o trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria; es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. Más aún, este síndrome tiene un impacto completamente negativo en la calidad de vida de las personas, puesto que generan afecciones a nivel físico, psicológico, social y económico no solo en las personas que la padecen, sino también en sus cuidadores, quienes usualmente son familiares y amigos sometidos a estrés físico, emocional y económico. Además, esta enfermedad representa un alto costo para la sociedad en general, pues se estima que en el 2015 dicho costo fue de 818 mil millones de dólares (OMS, 2018).

Acorde con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), se conoce que en el mundo hay cerca de 50 millones de personas que padecen una demencia, de las cuales entre el 60% y 70% corresponde a la demencia tipo Alzheimer. Se estima que se diagnostican cerca de 10 millones de nuevos casos por año, es decir, que existe un nuevo caso de demencia

en el mundo cada 3 segundos.

La realidad en el Ecuador no está lejos de las estadísticas mundiales; se estima que existen más de 100 mil personas con esta enfermedad neurodegenerativa (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014). Se calcula que, en el país, un 16,3% de hombres y un 25,7% de mujeres mayores de 60 años padecen deterioro cognitivo. El diagnóstico de la demencia alcanza un hasta un 21,4% de personas entre los 61 y 70 años.

En este país, aún son pocas las investigaciones llevadas a cabo en materia del daño cognitivo y su prevención. Existen pocos estudios donde se detallen datos acerca de la prevalencia del deterioro cognitivo a nivel de cantones o parroquias y los que existen presentan resultados muy variados. Un estudio llevado a cabo en los asilos de ancianos en la ciudad de Cuenca determinó que existe una prevalencia de 56% de adultos mayores con deterioro cognitivo y 17% con demencia (Guapisaca et al., 2014). En la ciudad de Ambato, en una muestra de 35 personas adultas mayores se encontró que el 31% de los evaluados mostraba deterioro cognitivo leve y un 17% presentaba un deterioro cognitivo moderado (Barrera, 2017). En Santa Elena, en una muestra de 118 adultos mayores se determinó que el 14% presentaba un deterioro cognitivo leve y 48% un deterioro moderado (Villón, 2015). Un estudio realizado con más de 700 adultos mayores de la zona 6 de salud (Azuay, Cañar y Morona Santiago) determinó que un 48.6% presentaba algún tipo de deterioro cognitivo (Segarra et al., 2016). Otros estudios también locales optan por propuestas que sustenten la rehabilitación cognitiva, sobretodo en el ámbito de la memoria, en pacientes donde el daño cognitivo o el deterioro ya está instaurado (Echeverría, 2013; Pazmiño y Vinuesa, 2016).

Con estos antecedentes, es claro que el trabajo con el adulto mayor apenas comienza, puesto que a pesar de que existe la política, no ha sido claramente aplicada en la realidad. Resulta entonces que, para garantizar el cuidado y atención efectiva de los adultos mayores, es necesario conocer su realidad y adentrarse en conocer aquello que implica que un individuo llegue a una vejez exitosa.

CAPÍTULO 2

MODELOS DE ENVEJECIMIENTO

1. Introducción.

Cuando se piensa en la vejez, hasta no hace mucho tiempo se consideraba que estaba relacionada con enfermedad, problemas de memoria, senilidad, demencia, pobreza y depresión (Lupien y Wan, 2004). Esta concepción negativa y enfermiza del ser humano de edad avanzada, fue definida con el término de “viejismo” por Robert Butler (1969), como una forma de protesta que, según su parecer, responsabilizaba a la medicina y las ciencias del comportamiento como generadores de este como prejuicio, por considerar que la fragilidad y la enfermedad son inherentes a esta etapa de vida.

La OMS señala que el *ageism* o *ageism* se refiere a marcar estereotipos, discriminación y prejuicio contra las personas debido a su edad (WHO, 2020). Si bien esto puede ocurrir a cualquier edad (Swift et al., 2017), la OMS señala que los adultos mayores deben lidiar a diario con esta situación, pues ha provocado que no los contraten para un empleo, que mantenga una figura estereotipada en los medios y finalmente provoca exclusión de sus comunidades.

Swift et al. (2017) señalan varias teorías acerca del este concepto. Una de las explicaciones para que el viejismo ocurra está ligada a la economía capitalista moderna que, considerando el valor de las personas en base a su productividad, han marginado a las personas mayores con un retiro, disminuyendo su estatus económico y manteniendo el precepto de que los adultos mayores son poco productivos y no aportan a la sociedad. Los mismos autores señalan que desde la psicología se observa que la teoría de la auto-categorización sería en parte responsable de que surjan estereotipos y diferencias marcadas por la edad, pues dicha teoría sugiere que las personas establecen categorías de edad con límites psicológicamente sensibles, en base a las expectativas de quienes comparte o no el mismo punto de vista, los intereses y la identidad.

Por otro lado, Chonody y Teater (2016), han sugerido varias teorías desde el punto de vista social. Éstas afirman, por ejemplo, que la teoría de la identidad social provoca que las personas jóvenes busquen destacar de los grupos de personas mayores al añadir un mayor estatus y características más valiosas para los jóvenes. Otras teorías que mencionan los autores señalan que los prejuicios contra los adultos mayores surgieron porque son percibidos como una amenaza para la sociedad, pues consumen recursos y recargan la asistencia sanitaria, o incluso por el miedo a la propia mortalidad (Chonody y Teater, 2016).

Los estereotipos se refieren a los esquemas de percepción que están basados en un principio de categorización, y que, si bien tiene orígenes en las diversas creencias culturales, permanecen solo como una representación cognitiva individual (Hummert et al., 1994). Uno de los estereotipos más comunes y generalizados con relación a los adultos mayores, es que, debido a la edad, los procesos cognitivos, la memoria en general y la competencia física declinan con la edad (Lamont et al., 2015). Otros estudios han señalado la presencia de prejuicios que los jóvenes y las personas de mediana edad sostienen con referencia a los adultos mayores, considerándolos gravemente discapacitados, abatidos, vulnerables, irritables, desanimados, cautivos, abuelos perfectos, conservadores, activistas, elitistas (Hummert et al., 1994).

En tanto existen estereotipos negativos, también existen aquellos positivos, que, aunque puedan parecer no dañinos, en realidad siguen siendo falsas representaciones mentales que incluso podrían acrecentar la presión de los adultos mayores acerca de lo que se espera de ellos

(Lamont et al., 2015). Así, por ejemplo, los adultos mayores son definidos como sabios, generosos, amigables, moralmente correctos, experimentados, leales y confiables (Hummert et al., 1994; Swift et al., 2013)

Del concepto negativo que tradicionalmente se había adjudicado al adulto mayor, se dio el paso a otros enfoques más actuales que apuntan a la consecución del bienestar en la etapa del envejecimiento, planteamiento contrario al proceso de declive que se contemplaba anteriormente (Gutiérrez et al., 2018). De hecho, investigaciones longitudinales a finales del siglo XX determinaron que el concepto negativo de vejez carecía de normalidad, principalmente debido a que los resultados comienzan a visibilizar que algunos adultos mayores contaban con un desempeño notable, considerando que a pesar de que ciertas habilidades van disminuyendo, otras pueden incluso ser mejoradas en la vejez (Scarmeas y Stern, 2003).

De este modo, en los últimos años han aparecido diversas perspectivas teóricas que diferencian entre los “buenos” modos de envejecer. Ya a finales de los años 60 del siglo XX aparecieron diversas perspectivas sociológicas que definían estos modos de envejecer. La teoría de la desvinculación propuesta por Cumming y Henry (1961) y Henry (1964) plantea como premisa básica que la persona de edad desea ciertas formas de “aislamiento social”, de reducción de contactos sociales y en la medida que lo logra, se siente feliz y satisfecha. Parte de tres supuestos básicos: a) El proceso de desvinculación de los individuos que envejecen y de la actitud de la sociedad ante ellos, es algo natural; b) Este proceso de desvinculación es algo inevitable; y c) Este proceso es necesario para un envejecimiento con éxito. Posteriormente Lehr (1979), planteó la denominada “desvinculación transitoria”, que consiste en una fuerte satisfacción asociada a escasos contactos sociales, que aparece como una forma de reacción a determinadas situaciones de sobrecarga; por ejemplo, ante la jubilación.

La teoría de la actividad, que formuló Havighurst (1961, 1963), ante todo es una teoría de acción que se basa en tres premisas básicas: a) La mayoría de las personas que envejecen, siguen manteniendo niveles bastante constantes de actividad; b) La cantidad de ocupación o desocupación, está influida por los estilos de vida pasados, y por factores socioeconómicos, más que por procesos universales inevitables; y c) Para lograr un envejecimiento con éxito, es necesario mantener e incluso, desarrollar, determinados niveles de actividad en las distintas

esferas: física, mental, social, etc. Para Havighurst (1963), un envejecimiento con éxito sigue las mismas reglas que el envejecimiento normal, basadas en el ajuste de la persona mayor a las normas y actividades de las personas de mediana edad.

Finalmente, la teoría de la continuidad, parte de la premisa de que las personas mantienen un alto grado de estabilidad en sus características de personalidad y desarrolla valores muy estables, actitudes, normas y hábitos, etc. En la vejez, aunque determinadas predisposiciones para actuar puedan verse afectadas por cambios, estos rasgos se mantienen estables. Neugarten (1964), entiende que la teoría de la continuidad se basa en dos supuestos: a) Las personas tienden a mantener su personalidad particular, a través del tiempo; y b) La única dimensión interna de la personalidad que cambia con la edad, es la tendencia a experimentar una mayor introversión al reorientar su atención e interés hacia sí mismo.

Partiendo de la base que propusieron estas teorías actualmente se han desarrollado modelos de envejecimiento basados en características psicológicas más exactas. Aunque estos modelos tienen una gran base común, cada uno de ellos representa una perspectiva o forma diferenciada de envejecer satisfactoriamente.

2. Envejecimiento exitoso.

A nivel mundial se ha podido constatar un incremento extraordinario de los adultos mayores generando un nuevo interés hacia este grupo poblacional ya que no solo se trata de prolongar los años, sino que se consiga el máximo bienestar en el adulto mayor. Es así que surge el término de envejecimiento exitoso, y actualmente es un área de investigación importante de la gerontología y se refiere a “un nivel alto de salud física, bienestar psicológico y adecuada adaptación” (Nadler et al., 1997, p. 54). Este término surge a partir de los trabajos de Havighurst (1961) y, según autoras como Gutiérrez et al. (2006) o Triadó (2003), nace como una diferenciación necesaria de los dos típicos patrones de envejecimiento: normal y patológico. Tal y como indica Fernández-Ballesteros (1998), una clasificación en apariencia dicotómica es

demasiado amplia y requiere de una matización en la categoría normal. Dentro de este último grupo, el envejecimiento normal, se debería tener en cuenta un patrón diferencial, donde los niveles funcionales se mantienen elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden mejorar: es el denominado envejecimiento con éxito.

De esta manera, el estudio del envejecimiento con éxito nos puede evidenciar la presencia de modos sanos de envejecer, señala cuáles son los factores que evitan que la persona se deslice hacia un envejecimiento patológico, y facilita las bases para conseguir una adecuada calidad de vida (Meléndez et al., 2009). El envejecimiento exitoso permite a la persona llegar hasta una edad avanzada en pleno uso de sus facultades tanto físicas como cognitivas y funcionales, aunque, puede existir gran diversidad en las habilidades cognitivas y mentales y, quizás también, funcionales. En general, este concepto se muestra similar al de la OMS, cuando señala que la salud es más que la simple ausencia de enfermedad; incluye un estado de bienestar físico, mental y social completo (WHO, 1946).

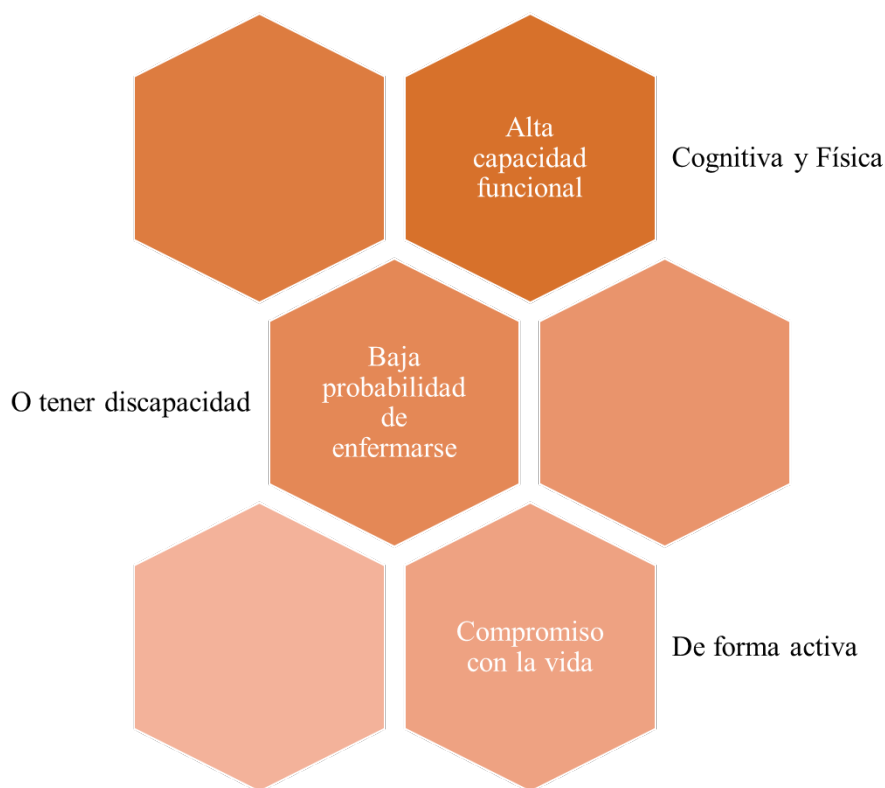
Inicialmente, se definió al envejecimiento exitoso como una afirmación de valor en la que el individuo, adulto mayor, experimenta felicidad y satisfacción con la vida (Havighurst, 1961). Aquí se debe considerar que, dada la diversidad de valores que existen entre las personas, habrá diversidad de significados para conseguir esta experiencia. Lo más importante es que las personas tengan una adhesión continua a las actividades y actitudes que se tienen en la mediana edad, y, en definitiva, que puedan mantener un sentido positivo de uno mismo (Petretto et al., 2016).

Se dice que el envejecimiento con éxito se produce cuando las personas sienten satisfacción al poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida, y en consecuencia envejecen de una forma percibida como positiva. En este sentido el gerontólogo John Wallis Rowe a finales de los 80, logró romper el mito de que envejecer debe ser un proceso doloroso y de debilitamiento, ligado al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales. De esta forma y junto con el psicólogo Robert Kahn, planteó, con base en investigaciones que abarcaban más de una década, la viabilidad funcional de personas mayores que han envejecido exitosamente, manteniéndose física y psicológicamente fuertes en la vejez. Así, estos autores, señalan que las variables asociadas al envejecimiento exitoso incluyen hábitos alimenticios

adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones cognitivas (Rowe y Kahn, 1997).

Nace entonces el modelo de Rowe y Kahn (1997), conocido comúnmente como el modelo MacArthur, debido a que fue financiado por una fundación que llevaba dicho nombre. Este modelo propone incluir tres componentes (ver figura 3) principales para la definición de envejecimiento exitoso: baja probabilidad de enfermedad o discapacidad, alta capacidad funcional a nivel cognitivo y físico, y un compromiso activo con la vida.

Figura 3. Modelo McArthur (Rowe y Kahn, 1997).



Los autores señalan que, en cuanto al primer componente, mientras más avanza la edad, es más probable que surja el “síndrome de envejecimiento usual” (Rowe y Kahn, 1997). Sin embargo, enfatizan que, aunque hay riesgos debido a factores genéticos o al medio psicosocial, también hay un porcentaje de adultos mayores sin enfermedades ni discapacidades y cuyo riesgo de adquirir alguna problemática es menor. En este punto, se resalta la importancia del estilo de vida que lleven los adultos mayores, puesto que ello determinará la presencia de mayor o menor riesgo de enfermedad, asegurando que la práctica de hábitos saludables puede

disminuir significativamente la tendencia genética al desarrollo de enfermedades. En cuanto al segundo factor del modelo, se considera muy importante el que la persona adulta mayor conserve un adecuado nivel cognitivo sobre todo por medio de la educación, e inclusive señalan que el nivel cognitivo se ve beneficiado por la práctica de ejercicio físico. El último punto del modelo implica dos aspectos específicamente: relaciones interpersonales, es decir, cambio de información, apoyo emocional y ayuda directa, y, por otro lado, la actividad productiva, que implica factores que otorguen valor social, ya sea que tenga rédito económico, o no.

Si bien este modelo tuvo gran aceptación y acogida, también fue blanco de muchas críticas. Esto llevó a desarrollar varios estudios para determinar si esto en realidad se cumplía. Por ejemplo, en Estados Unidos, se determinó que, según este modelo, solo el 11% de adultos mayores cumplían con los requisitos planteados para un envejecimiento exitoso (McLaughlin et al., 2010).

La mayor crítica a este modelo fue la inclusión de un criterio biológico para definir el envejecimiento exitoso: ausencia de enfermedad o discapacidad, pues resulta evidente que la gran mayoría de adultos mayores tienen alguna enfermedad adquirida, aguda o crónica, o tienen el riesgo latente de desarrollar una enfermedad. Sin embargo, los mismos autores, señalaron en una publicación posterior (Rowe y Kahn, 2015) que su propuesta tiene una perspectiva de ciclo de vida, por lo que insisten en que la prevención es la base de un buen envejecimiento, y además, esto se podría apoyar de los nuevos estudios de biomarcadores y genes que predicen un envejecimiento exitoso, lo que brindaría más información a científicos sociales y conductuales.

Los autores señalan, sin embargo, que es importante considerar la situación de envejecimiento desde el punto de vista social más que individual, y por eso afirman que el trabajo ahora debe considerarse desde tres puntos importantes: la reingeniería de las instituciones sociales, el mantener la perspectiva del curso de vida y el enfocarse en el capital humano (Rowe y Kahn, 2015).

En base a este trabajo y a pesar de las críticas, se ha propuesto que se incluyan nuevas características y variables al modelo de envejecimiento exitoso, lo que ha dado lugar a que inclusive hayan surgido modelos paralelos como el del envejecimiento óptimo (Brummel-Smith, 2007a, 2007b) que se presentará a continuación.

3. Envejecimiento óptimo.

El envejecimiento óptimo se plantea como la capacidad de funcionar a través de muchos dominios: físico y funcional, cognitivo, emocional, social y espiritual, que fomentan la satisfacción a pesar de la existencia de condiciones médicas adversas (Brummel-Smith, 2007a).

Analizando la raíz del envejecimiento óptimo, la literatura señala que una de las primeras propuestas al respecto es la de Baltes y Baltes (1990). Para estos autores existen diversas dificultades que aparecen en la vejez, como son los problemas de salud, las pérdidas sociales, mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas, etc., de forma que la satisfacción vital junto con la calidad de vida se convierte en el constructo psicológico central en el envejecimiento. Para su consecución y desde su perspectiva de modelo de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital, se señala la interacción adecuada entre tres elementos principales: selección, optimización y compensación (SOC), ajustando sus metas y objetivos a su propia vulnerabilidad y a la capacidad de reserva reducida, propio de su edad.

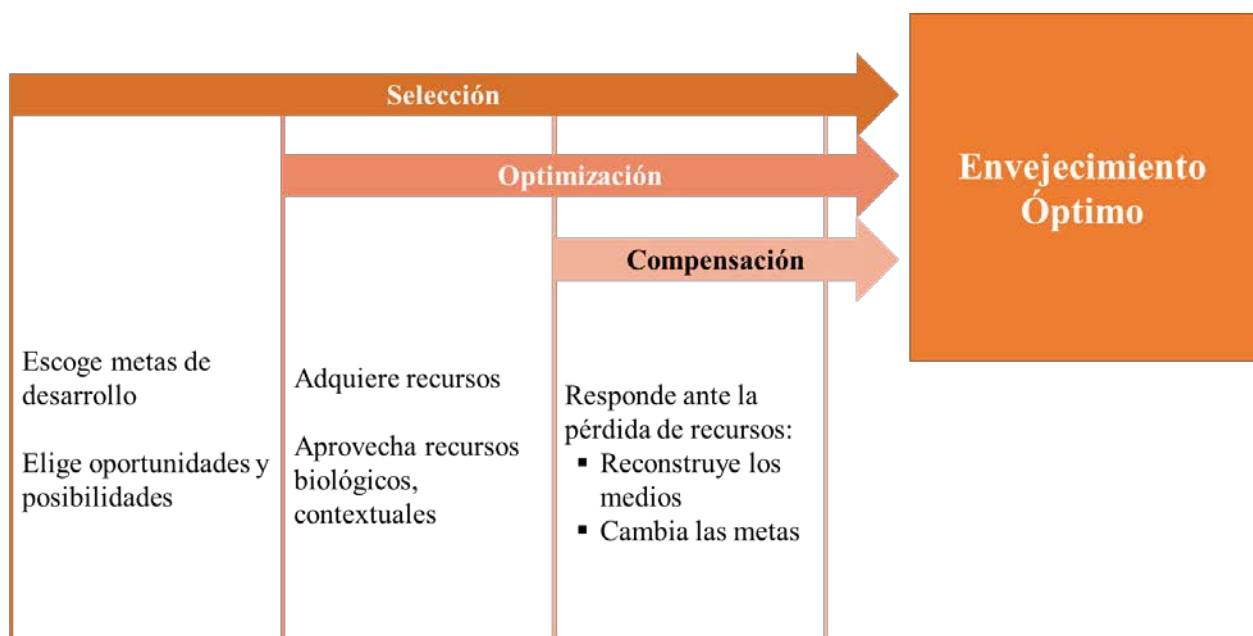
La selección permite al sujeto identificar los dominios relevantes de conducta y dirigir la conducta y su desarrollo. A través de la selección, la persona, activa o pasivamente, elige entre una multitud de posibilidades u oportunidades a la vez que se restringen otras opciones alternativas. Se trata de un proceso individual, debiendo en ocasiones redimensionar o reestructurar los objetivos ya planteados. Por medio de la selección, el individuo escoge determinadas metas de desarrollo y deja de lado otras alternativas.

La optimización se centra en la adquisición, refinamiento y mantenimiento de medios o recursos que son efectivos para lograr los resultados deseables y para evitar los indeseables (Baltes et al., 1998). De este modo, aunque la selección es condición necesaria para el desarrollo pleno, por sí sola no es suficiente. Se requieren métodos de optimización, procedimientos que permitan el logro de las metas elegidas. La clave de la optimización está en los medios y recursos para alcanzar esas metas de la manera lo más eficiente posible. Al igual que pasa con la selección, la configuración concreta de la optimización y sus esfuerzos dependerá tanto de los recursos biológicos como de los que contextuales y socioculturales de que se disponga y

que ponen a nuestro alcance o dan prioridad a algunas posibilidades de optimización por encima de otras.

Finalmente, entra en juego el tercer factor de esta ecuación que corresponde a la compensación. La compensación es un componente relacionado con la respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución o mantenimiento de nuestras metas evolutivas. Hay dos categorías funcionales de compensación; la primera es la de disponer de nuevos medios como estrategias de compensación para alcanzar la misma meta deseable o reconstruir los que se han perdido o faltan con el fin de conseguir la meta evolutiva; la segunda estrategia es cambiar las metas del desarrollo en sí mismas, una vez se han perdido recursos para el logro de las iniciales, como respuesta a esa carencia de medios para facilitar la consecución de las nuevas metas con los medios disponibles (Donnellan et al., 2012; Donnellan y O'Neill, 2014; Heckhausen y Schulz, 1995). Como se muestra en la figura 4 los tres componentes interactúan dando lugar a un sistema conductual que busca siempre lograr el desarrollo y envejecimiento óptimo, así como la adaptación.

Figura 4. Modelo SOC (Baltes y Baltes, 1990).



Brummel-Smith (2007b), señala que esta forma de envejecimiento óptimo debería considerarse como un modelo biopsicosocial, puesto que se toman en cuenta varios aspectos que buscan el desarrollo de nuevas capacidades en la persona. Así, lo primero en destacar en

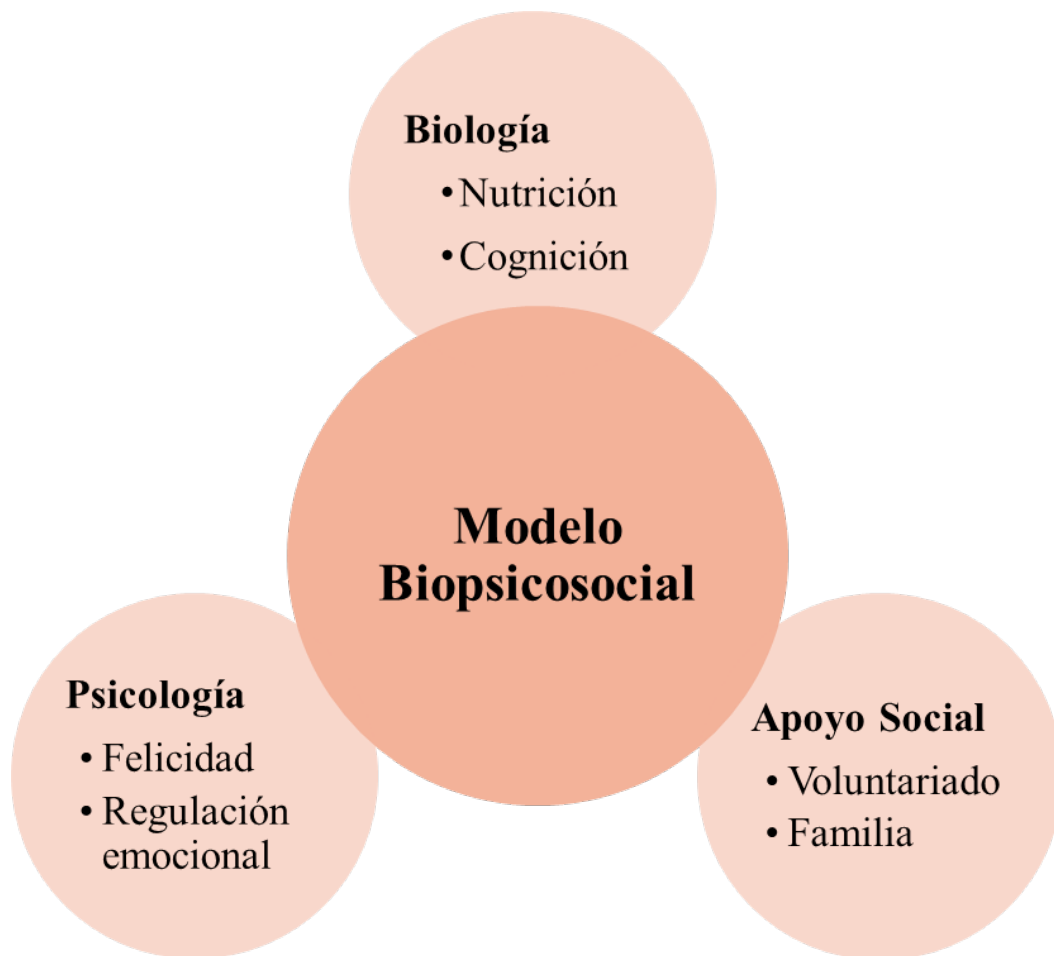
este modelo es la respuesta biológica. Si bien las enfermedades en la vejez son bastantes comunes, muchas de ellas se pueden prevenir. La inclusión de ejercicio leve, nutrición adecuada relacionada con un peso saludable, sueño de buena calidad, evitar el consumo de tabaco y alcohol, las intervenciones preventivas y un adecuado funcionamiento cognitivo, basado en constante aprendizaje y educación, así como en la reducción de estrés y depresión, son actividades que están enteramente en responsabilidad de la propia persona y que contribuirían indudablemente a tener un envejecimiento óptimo (Figura 5).

La siguiente contribución llega desde el área psicosocial. Se considera que la felicidad, una vida social activa, o la solvencia económica contribuyen a un envejecimiento sano. Por otro lado, se ha evidenciado que a mayor edad también hay mayor aceptación a los otros y hay una mayor regulación emocional, lo que ayudaría a ajustarse a los cambios asociados a la edad.

Finalmente, es importante resaltar el beneficio del apoyo social vinculado en la literatura científica al bienestar (Barrón y Sánchez-Moreno, 2001; Meléndez et al., 2007), que se convierte en una variable que previene y modula los efectos negativos del estrés sobre la salud (Cava y Musitu, 2000; Riquelme et al., 1993) y que, si es deficiente, se relaciona con un mayor riesgo de enfermedad (Calvo y Díaz, 2004). La participación social ya sea en actividades productivas, de voluntariado o también actividades sencillas como juegos en grupo, visitar a familiares, reuniones religiosas o deportivas son muy útiles para mantener la salud en la vejez. Además, el apoyo social facilita los procesos de afrontamiento y adaptación ante los cambios, reduciéndose de esta manera las posibilidades de enfermedad, sea física o mental. Por otra parte, elevados niveles de apoyo social protegen a los individuos de patologías inducidas por el estrés, pero es poco relevante en condiciones sin estrés (Barrón et al., 1988).

En esta misma línea surge la propuesta González Bernal y de la Fuente Anuncibay (2014), quienes proponen que el envejecimiento óptimo se basa en el cuidado del propio cuerpo, con alimentación y ejercicio físico adecuados, evitando el estrés y los conflictos, educando lo más posible al cerebro y considerando en lo social, compañías satisfactorias. Nuevamente, esta propuesta excluye la parte de salud, pero pone énfasis en aspectos totalmente posibles de conseguir desde diversas áreas de la vida.

Figura 5. Modelo Biopsicosocial.



4. Envejecimiento Activo.

La OMS en 2002 planteó el concepto de envejecimiento activo. Esta fue una nueva forma de analizar y promover un tipo de envejecimiento que en su base conceptual estaba en contra de antiguos estereotipos como los de fragilidad y debilidad en los adultos mayores. Esta propuesta ya desde sus inicios incluyó salud, participación y seguridad como componentes básicos, si bien, posteriormente este trabajo fue retomado y se incluyó el aprendizaje como un cuarto componente de este concepto (Sancho, 2015).

De este modo, el envejecimiento activo se ha definido 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” (OMS, 2002, pg. 6), siendo esta una propuesta que se puede enfocar desde una perspectiva de políticas públicas, donde cada uno de sus componentes serían las áreas de actuación necesarias.

En este sentido, la propuesta de la OMS al hablar de actividad, no se refiere únicamente a la de tipo físico, sino a tener un compromiso significativo en varios ámbitos de la vida del sujeto. Además, aunque está dirigido al adulto mayor, no se limita a ellos, pues también aplica para personas con fragilidad, discapacidad, necesidad de cuidados, etc. De esta forma, según Sancho (2015) al hablar de envejecimiento activo también se busca asegurar la calidad de vida, aunque el sujeto no pueda recuperar la salud o la funcionalidad, al promover la autonomía, responsabilidad e independencia personal (Figura 6).

El primer pilar de este planteamiento conceptual, la salud, hace referencia a prevenir enfermedades y promover hábitos saludables (Ramos et al., 2016), que procuren el bienestar a nivel físico, mental y social (OMS, 2002). A nivel físico, este pilar depende no solo de los servicios de salud, depende también de la paz, seguridad, alimento, ingresos, ecosistema, y demás variables que constituyen el sistema del individuo. Teniendo en cuenta estos aspectos, se considera que la salud debe ser un bien que se cultive durante todo el ciclo de vida, de manera que en la vejez no existan mayores dificultades. Además, también la salud mental ha sido incluida dado que esta está relacionada con alta funcionalidad en todas las edades y ha sido relacionada con la autoestima, relaciones personales satisfactorias y un adecuado afrontamiento al estrés (ILCB, 2015).

Si bien es cierto que la capacidad funcional de los adultos mayores muestra asociado un declive, es importante considerar el estilo de vida y ciertas variables externas para que la persona pueda continuar con las actividades necesarias en su día a día. Es aquí donde además se debe tomar en cuenta el aspecto social, de manera que se establezcan políticas que, frente a una discapacidad, disminuya el nivel de dependencia. Así por ejemplo se debe considerar un programa de inclusión social, de seguridad económica dirigido a población vulnerable, servicios de detección de patologías accesible a la población, entornos seguros y disminución de barreras de accesibilidad, reducir el riesgo de soledad y aislamiento social, etc. (WHO, 2002).

En este sentido, para el objetivo de salud se consideran algunas determinantes que, aunque no explican causalidad, se consideran muy importantes para conseguir el envejecimiento activo. Estas determinantes son económicas, sociales y personales, pero además se deben considerar las de comportamiento, del ambiente físico y las relativas a servicios sociales y de salud. Junto con estas determinantes específicas, también se consideran determinantes transversales, como son el género y la cultura (WHO, 2002).

El segundo pilar del envejecimiento activo se asienta en la participación, que no se limita a tener un trabajo remunerado, sino que la persona colabore activamente en diferentes ámbitos con objetivo social. Esta participación garantiza que la persona tenga un sentido de propósito, sentimientos de satisfacción intrínseca y favorece el funcionamiento cognitivo (ILCB, 2015). A nivel de política pública, esto se podría fortalecer al proporcionar servicios de transporte públicos accesibles para que las personas puedan participar de la familia y la comunidad, fomentar el liderazgo de los adultos mayores al incluirlos en ámbitos de educación y prevención, así como promover una imagen positiva de los adultos mayores de manera que se estimule más su participación activa (OMS, 2002).

El envejecimiento activo tiene un tercer pilar que se trata de la seguridad. En este sentido, implica que las personas tengan seguridad en todos los niveles, puesto que la inseguridad de cualquier tipo podría implicar efectos nocivos a la salud y el bienestar. La seguridad puede verse amenazada en el ámbito de lo social cuando estén presentes conflictos, desastres naturales, epidemias, discriminación; a nivel individual se consideran los riesgos de enfermedad, muerte, desempleo por largos periodos; inseguridad alimentaria, inseguridad económica y cultural (ILCB, 2015). Frente a esta realidad, la propuesta está en generar y apoyar las iniciativas de protección social, brindando ayuda material y sanitaria, protegiendo a los consumidores de medicamentos, reconociendo la necesidad de protección de las personas mayores en situaciones de abuso y crisis (OMS, 2002; Ramos et al., 2016).

El último y más reciente pilar en el envejecimiento activo es el aprendizaje. Éste es visto como un recurso que mejora la capacidad de permanecer saludables, al permitir que se adquieran y actualicen diferentes conocimientos y habilidades para mantener las capacidades de las personas y además que refuercen mejor la seguridad personal. Ello implica, además, que

el conocimiento junto con la salud impulsa a las personas a participar en la sociedad a la vez que favorecen su empoderamiento (Sancho, 2015).

Figura 6. Modelo de Envejecimiento Activo de la OMS (2002).



5. Envejecimiento positivo: modelo europeo.

Fernández-Ballesteros es una importante referente de esta propuesta de buen envejecimiento, y señala que esta integra lo que ha sido definido como envejecimiento óptimo, exitoso, activo, productivo, saludable, y demás nomenclaturas que expresan, en definitiva, un envejecimiento que conlleva el bienestar integral del sujeto (Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2012; 2013; Petretto et al., 2016). La autora señala que bajo todos estos conceptos se agrupan tres aspectos principales, a saber: a) el envejecimiento exitoso es multidimensional, puesto que abarca aspectos biofísicos, emocionales, cognitivos y sociales; b) no pueden ser reducidas a dominios puramente biológicos en términos de salud y enfermedad, ni a condiciones subjetivas; y c) no hay grandes diferencias interculturales en este constructo (Fernández-Ballesteros, 2011).

En investigaciones posteriores, la autora y su equipo señalaron que los adultos mayores tienen ligeras diferencias en cuanto a qué significa un envejecimiento positivo acorde a la edad que presentaban: mayores a 80 años y menores de 80 años. Sin embargo, en ambos grupos se coincidió en señalar que lo más relevante para llegar a este concepto es mantener salud e independencia, adecuado funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social (Fernández-Ballesteros et al., 2012).

La propuesta de la autora (Figura 7) señala la importancia de incluir dominios objetivos, así como subjetivos al plantear un modelo de envejecimiento positivo, y que se diferencie del usual y del patológico, como lo mencionan Rowe y Kahn (1987). Es así que se determina, a través de análisis factorial exploratorio, que existen 5 factores que inciden en este tipo de envejecimiento, y son: a) salud, medida a través de presencia de enfermedades, medicamentos que consume, así como percepción de salud; b) cognición, valorada con instrumentos psicométricos, demuestra que además de promover beneficios en el área laboral, también aporta a la capacidad de adaptarse en el envejecimiento; c) actividad, evaluada por medio de frecuencia de productividad y actividades de placer; d) afecto, valorado por satisfacción, balance emocional y afectos negativos; y e) fitness, medido por el índice de masa corporal y la percepción de fuerza, flexibilidad y resistencia (Fernández-Ballesteros, 2011).

Figura 7. Modelo de Envejecimiento Positivo (Fernández-Ballesteros, 2011).



6. Nuevas propuestas al envejecimiento exitoso.

Una reciente propuesta es la de Lee et al. (2011). Estos autores señalan que el envejecimiento exitoso está determinado por cuatro aristas: física, psicológica, social y actividades placenteras

En cuanto al factor físico, los autores señalan que, aunque el envejecimiento se relaciona con cambios en células y tejidos, no se debería considerar como una enfermedad, sino como un aumento en la probabilidad y el riesgo de adquirir enfermedades. En este sentido, es importante que se consideren pasos previos al deterioro, incluyendo la prevención de alteraciones, dieta sana y buenos hábitos de higiene desde la juventud. Sin embargo, también se señala que, en varios estudios, los adultos mayores han informado tener un envejecimiento exitoso a pesar de tener enfermedades crónicas o discapacidades.

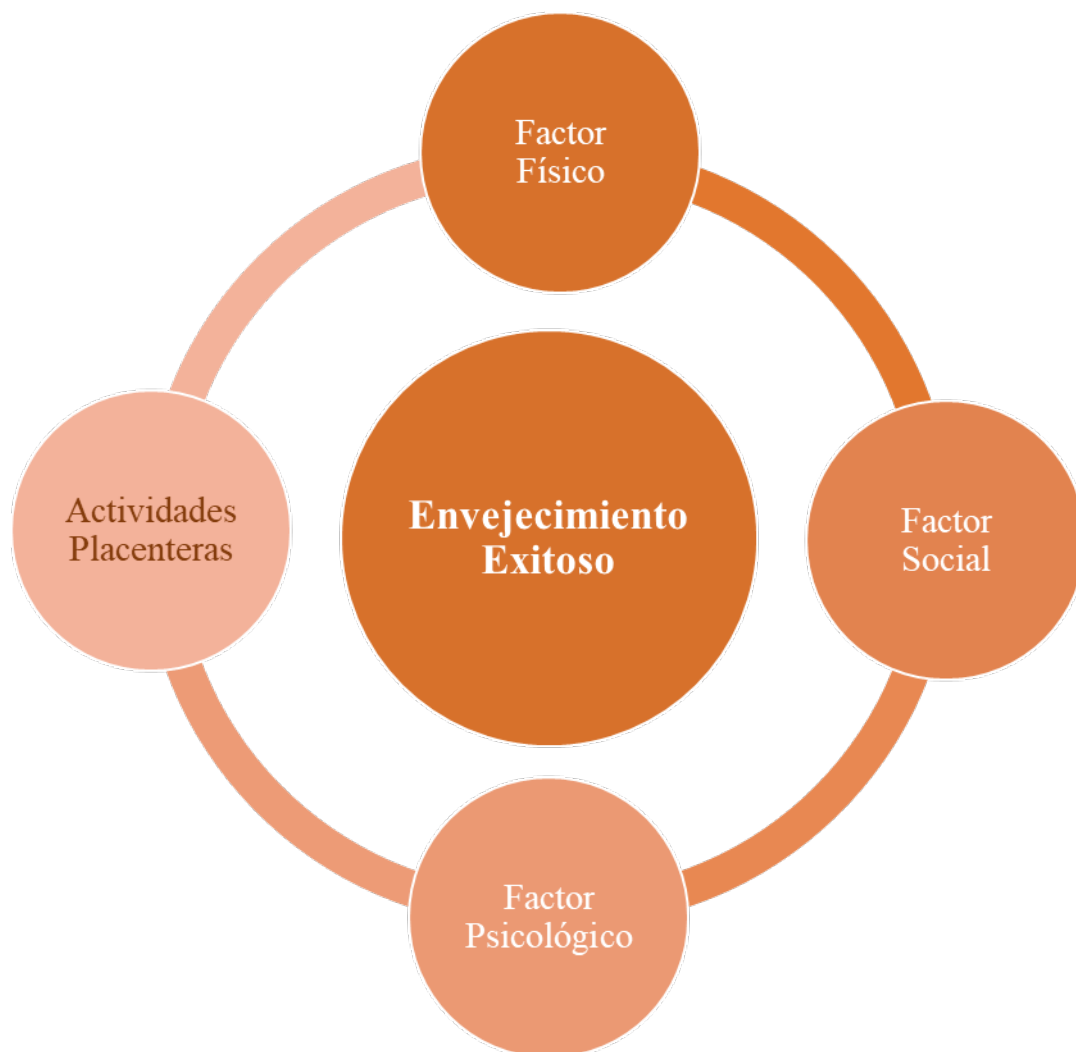
Por otro lado, el factor psicológico hace referencia a la existencia de un menor nivel estrés, así como una sensación generalizada de bienestar psicológico. Este bienestar, dentro de la cultura americana, se ha relacionado con aspectos como autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989) aunque irónicamente, generalmente estos aspectos son evaluados a través de la patología y no de las fortalezas (Ingersoll-Dayton et al., 2001). Los autores del estudio, para este factor psicológico, consideraron evaluar la presencia de síntomas relacionados específicamente con la depresión y estrés tanto a nivel físico como emocional. Los ítems relacionados con este factor abordan temas que indagan, por ejemplo, si la persona perdió confianza en sí misma o sintió que no podía relajarse, tuvo dolores de cabeza o palpitaciones cardíacas; estos últimos síntomas usualmente relacionados con etiología psicológica.

En cuanto al factor social, se menciona el apoyo social, la religión y el compromiso con la vida como puntos esenciales que favorecen a las personas a afrontar las adversidades de la vida, y, por ende, muy importantes para el envejecimiento exitoso. En este sentido, la red de apoyo se refiere a la existencia o disponibilidad de personas con las que uno puede contar; personas que lo hacen sentir cuidado, valorado y amado, y resulta ser un factor protector contra el maltrato al adulto mayor, ideación suicida, morbilidad y mortalidad (Dong y Simon, 2008). Para evaluar este factor, se consideró la interacción con vecinos, familiares y amigos, consultado acerca de la frecuencia con la que se reúne con sus familiares o cuánto tiempo pasa

con sus amigos. Estos serían aspectos que indican que el adulto mayor tiene mayor apoyo social y que participa de manera activa en su vida social.

Las actividades placenteras, el cuarto factor de este modelo, incluyen acciones como ejercicio o vacaciones, puesto que se han relacionado con una buena función cognitiva, así como con un adecuado funcionamiento físico en el adulto mayor. Además, se señala, por ejemplo, que hacer ejercicio con amigos provee una doble fortaleza física y cognitiva para evitar el declive (Seeman, 2000), lo que traerá una mayor satisfacción con la vida y sobretodo generará un envejecimiento activo. Con el fin de evaluar la presencia de este factor en los adultos mayores, se hicieron preguntas que indagaban acerca de la frecuencia con la que la persona viajaba fuera la ciudad o la frecuencia con la que realizaba ejercicio o actividades intensas como juegos de pelota, correr, montar en bicicleta, escalar montañas o bailar (Figura 8).

Figura 8. Modelo de Lee et al. (2011).



Este modelo fue probado mediante ecuaciones estructurales, y tuvo un muy buen ajuste mostrando que estos factores conforman el constructo de envejecimiento exitoso (Lee et al., 2011).

6.1. Modelos Psicosociales de envejecimiento exitoso.

Aquí se destacarán algunos modelos que subrayan este aspecto psicosocial de las personas como la parte fundamental de un envejecimiento con éxito, y que van más allá de los constructos originales. Así, por ejemplo, la propuesta de Carver y Buchanan (2016), busca destacar aspectos no biomédicos que se consideran en otros modelos. Esto permitiría hablar de un buen envejecimiento u óptimo inclusive en aquellos adultos mayores que tienen alguna enfermedad (Figura 9).

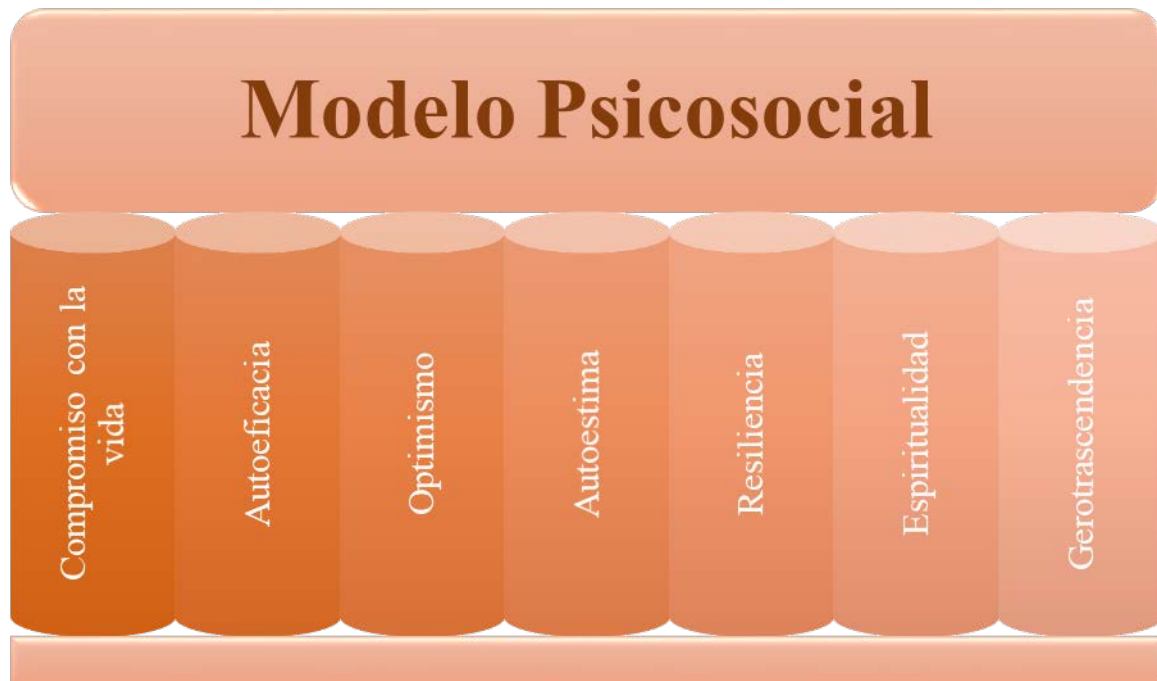
El planteamiento de los autores considera, como punto principal, dejar de lado los constructos biomédicos para que más adultos mayores puedan ser incluidos. En ese caso, los autores indican varios aspectos a considerar: uno de tales es el compromiso con la vida, que implica que la persona participe en actividades de manera individual, en comunidades o voluntariados y que es un concepto muy cercano a algunas de las dimensiones del bienestar psicológico planteado por Ryff (1989). También se considera el constructo de optimismo o actitud positiva, que anima a que las personas tengan expectativas positivas de los acontecimientos (Carver y Buchanan, 2016).

Otro constructo que se considera es el de resiliencia, cuya propuesta de fondo es que las personas adultas mayores tengan los recursos psicológicos necesarios, para afrontar o adaptarse a las adversidades de la vida. Además de esto, también señalan que el factor de espiritualidad o religiosidad puede ser beneficioso para un envejecimiento exitoso (Edlund, 2014), aunque no es necesariamente predictivo dentro de un modelo. Este aspecto es entendido como el hecho de involucrarse en actividades contemplativas o altruistas, interacciones significativas con un ser superior, la cultura, la naturaleza, la familia, etc.

Finalmente, la autoeficacia y la autoestima se señalan como significativas en el modelo, así como la gerotranscendencia, que se refiere a que el adulto mayor sea capaz de ver su vida en retrospectiva y otorgarle sentido y propósito, así como entenderla con coherencia (Carver y

Buchanan, 2016).

Figura 9. Modelo Psicosocial de Envejecimiento Exitoso (Carver y Buchanan, 2016).



Con este modelo, los autores parecen señalar la importancia de los aspectos psicosociales para lograr el bienestar individual en la construcción del envejecimiento exitoso. Esto es apoyado por otros autores que también resaltan las atribuciones de tipo psicosocial. Así, se estableció un modelo nuevo en base a un estudio en Suecia (Silverstein y Parker, 2002), donde los autores señalan que el envejecimiento exitoso tiene que ver con una evaluación subjetiva y retrospectiva de la calidad de vida en general. Desde este punto, afirman entonces que el compromiso con la vida es el factor principal para tener un buen envejecimiento.

Este concepto de compromiso está basado en la teoría de la actividad, específicamente relacionado con la participación en actividades placenteras o de ocio. En este sentido, una persona que presente mayores niveles de actividad en este tipo de dinámicos se estará oponiendo a la tan llamada falta de productividad que llega con la jubilación, garantizando entonces su envejecimiento exitoso. Por otra parte, cada vez parece más clara la relación que existe entre el desarrollo de actividades de ocio y enriquecedoras y el desarrollo de la reserva cognitiva que retrasa la aparición de algunas patologías neurocognitivas (Mao et al., 2020; Yates et al., 2016). El modelo de reserva cognitiva activa se fundamenta en la que la conducta actual y la previa del sujeto son determinantes en la capacidad de adaptación. Tal y como

indican Scarmeas y Stern (2003), los patrones de actividad en desuso favorecerían la consiguiente atrofia de los procesos y habilidades cognitivas, y por contra, se podría predecir que, con una práctica deliberada de las habilidades y capacidades cognitivas, se observaría un rendimiento estable o incluso se podrían revertir algunos cambios relacionados con la edad. De este modo, parece haber una creciente evidencia epidemiológica de que un estilo de vida caracterizado por una mayor implicación en actividades de ocio, de naturaleza intelectual y social, está asociada con un deterioro cognitivo más lento en personas mayores sanas.

Silverstein y Parker (2002), autores del modelo, afirman que la participación de adultos mayores en actividades de ocio beneficiará a la calidad de vida sobre todo cuando la interacción con la familia es baja, cuando se trata de personas viudas o cuando la salud física se está deteriorando. Estas actividades fueron agrupadas en 6 dominios, que se describen a continuación:

- ✓ Cultura - entretenimiento: Ir al cine, teatro, museos, salir a comer, etc.
- ✓ Crecimiento personal - Productividad: clubs de lectura, hobbies
- ✓ Físico - en exteriores: jardinería, caminatas, pesca
- ✓ Recreación - Expresivos: tocar instrumentos musicales, baile
- ✓ Amistad: visitar o recibir visitas de amigos
- ✓ Grupos - Formales: pertenecer a comunidades, organizaciones, grupos religiosos

El estudio que los investigadores describen, señala que no tiene tanta relevancia el tipo de actividad en la que la persona se involucre, pues esta puede, y, de hecho, cambia con el tiempo, sino realmente que esté involucrado. Lo importante es la participación misma y el compromiso que así se genera, puesto que el cambio, de una u otra manera, obedece a algunas pérdidas que se deben afrontar y ante las cuales resulta imprescindible adaptarse al involucrarse en diferentes actividades.

Por su parte, Dumitrache et al. (2019), en su afán de complementar lo que consideran como carencias del modelo de Rowe y Kahn (1997), resaltan la importancia de los aspectos psicosociales para un adecuado modelo de envejecimiento exitoso. En su artículo indican que la satisfacción con la vida debe ser incluida en dichos modelos como aquella clave subjetiva

que marca la integridad del concepto de envejecimiento. Para ello, proponen incluir aspectos como salud subjetiva, satisfacción económica, con amigos y con familia, tiempo compartido con amigos y familia, e incluso aspectos de personalidad como la extraversión, entre otros.

Tal como se ha presentado, los modelos en general tienen algo en común: todos buscan el bienestar integral de las personas. Esto resulta muy importante puesto que muestra el interés en el ser humano profundo, más allá de lo únicamente visible y objetivo, considera a la persona en todas sus facetas.

6.2. De la gerotranscendencia a la integridad.

La necesidad es imperiosa en sociedades en vías de desarrollo como la ecuatoriana, que a pesar de no gozar de marcada riqueza económica, tiene una población envejecida creciente. Esta población necesita ante todo la oportunidad de llegar hacia el final de vida con dignidad, no como seres receptivos y pasivos, sino como los propios autores de su éxito en una edad avanzada. Muchas de las propuestas y factores presentados anteriormente en los modelos parecen señalar de manera implícita que el camino se construye desde mucho antes de que llegue la vejez (Baltes y Baltes, 1990; Tesch-Römer y Wahl, 2017). Sin embargo, también es necesario resaltar que inclusive los cambios y mejoras más pequeñas podrían servir para catapultar resultados de éxito y bienestar en el adulto mayor (Fernández-Ballesteros et al., 2013; OMS, 2002).

Todos estos modelos, a pesar de tener nomenclatura diferente, persiguen el mismo fin: destacar aquellos aspectos que puedan marcar la diferencia entre un envejecimiento usual o normal y uno exitoso (Rowe y Kahn, 1987), buscando por, sobre todo, el bienestar del ser humano en esta etapa de la vida. En este sentido, el aspecto psicosocial toma especial importancia, puesto que la gran mayoría de los modelos presentados contemplan entre sus factores o dominios, el aspecto de psique social, que influye de manera directa o indirecta en el modelo total (Melchor et al., 2018). Parece ser, entonces, que uno de los pilares fundamentales tiene que ver con un envejecimiento exitoso es contemplar al ser humano como tal, con sus percepciones y sentimientos, pero no de manera aislada sino como sujeto de interrelaciones sociales.

Es entonces que surge el término de gerotranscendencia, que implica un cambio en la mirada, de una perspectiva materialista y racionalista en la adultez, a la perspectiva de trascendencia, madura y existencial del adulto mayor, usualmente ligada a la satisfacción con la vida (Tornstam, 1997). Este proceso surge como parte de la vida y se acentúa en las etapas finales (Asiri et al., 2019) mostrando ser un gran componente de la sabiduría y la adaptación en esta etapa de la vida (George y Dixon, 2018).

Para Troutman y Staples (2014), la gerotranscendencia es evidentemente una forma de envejecimiento exitoso, que busca el afrontamiento y adaptación a través de tres dimensiones: mecanismos de desempeño funcional, factores intrapsíquicos y espiritualidad. En su estudio, señalan el punto de vista de los propios adultos mayores, quienes indican lo que para ellos es el envejecimiento exitoso. Como resultado, encontró que los aspectos que ellos describieron, encajan de manera adecuada con su propuesta de gerotranscendencia.

Entre las opiniones, se informa que, para llegar a este objetivo, es importante mantener un estado mental positivo, decidir apoderarse de la felicidad, disfrutar la vida, tener sentido del humor y aprender a adaptarse a las circunstancias, tomando lo mejor de ellas. Un segundo aspecto que se mencionó, fue el tener una independencia activa: participar en actividades, así como mantener las responsabilidades diarias.

Otros de los aspectos que se mencionan en el estudio son aquellos relacionados con un buen nivel de salud, el mantener relaciones con la gente, tener libertad para hacer cosas y también estar libre de preocupaciones y estrés, hacer contribuciones benéficas ya sea en voluntariados o contribuyendo de alguna manera a la sociedad, mantener una relación adecuada con Dios o tener una adecuada espiritualidad y finalmente, tener recursos suficientes que les permitan vivir tranquilos (Troutman y Staples, 2014).

Por su parte, Tornstam (1997), señalaba que el constructo de gerotranscendencia también incluye tres dimensiones que se exponen a continuación. La primera de las dimensiones incluye un nivel cósmico o filosófico, que se refiere a un sentido de conexión mayor con generaciones previas, comprensión nueva de la vida y la muerte, así como su aceptación, y el experimentar regocijo en un rango de eventos y experiencias. Otra de las dimensiones relacionadas se refiere a la relaciones sociales e individuales, que conlleva a una conexión más profunda con el medio social, siendo más selectivo en las relaciones y a la vez sintiéndose cómodo con la soledad. La

tercera dimensión que se menciona es el sí mismo, que significa una mayor conciencia de uno mismo, de lo bueno y de lo malo, menos egoísmo y más altruismo, y, sobre todo, la integridad, que lleva a contemplar que “las piezas del rompecabezas de la vida” forman un todo (Tornstam, 1999, 2011).

Esta última dimensión, en palabras del mismo Tornstam, recuerdan y dan paso al nuevo concepto de Integridad propuesto ya por Erikson en los años ‘50. Este término será analizado con mayor detalle en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 3

LA INTEGRIDAD

1. Modelo Epigenético.

Erikson promueve su teoría epigenética, donde postula que los seres vivos tienen un plano básico de desarrollo en donde se van integrando partes, cada una a su tiempo y según el grado de maduración, hasta formar un todo (Bordignon, 2005). En este sentido se entiende que el desarrollo de la persona se realiza a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la ancianidad, a través de ocho etapas (Erikson, 1964) que se presentan en la Figura 10. Cada una de estas etapas tiene una cualidad sintónica y distónica, que en conjunto llevan a una crisis como punto fundamental del desarrollo, entendida en el sentido de que lo sintónico debe resaltar, o al menos no disminuir de lo distónico; una vez superada, dará lugar a una fortaleza que formará parte de las habilidades del ego del individuo (Erikson, 1984).

Figura 10. Ocho etapas del desarrollo de Erikson. (Erikson, 1984).

								Integridad vs. Desesperanza SABIDURÍA
Adultez								Generatividad vs. Estancamiento CUIDADO
Juventud								Intimidad vs. Aislamiento AMOR
Adolescencia								Identidad vs. Confusión FIDELIDAD
Edad escolar								Laboriosidad vs. Inferioridad COMPETENCIA
Edad de Juego								Iniciativa vs. Culpa PROÓSITO
Niñez Temprana								Autonomía vs. Vergüenza VOLUNTAD
Infancia								Confianza vs. Desconfianza ESPERANZA

Como se puede apreciar en la Figura 10 el autor explica que, además de las ocho etapas con sus respectivos conflictos, también los cuadros en blanco tienen un significado. Así, por ejemplo, la primera etapa, Confianza básica vs Desconfianza, dará como fortaleza la Esperanza, que sirve de base para el resto de etapas, y se seguirá desarrollando y fortaleciendo en etapas subsecuentes. De la misma manera, a la izquierda de la crisis de Voluntad, en la segunda etapa, empieza a mostrar un incipiente desarrollo, pues hay Esperanza con suficiente experiencia como para considerar los conflictos de Voluntad, y así sucesivamente hasta la etapa final (Erikson, 1984).

El autor, como se mencionó anteriormente, sostenía que cada etapa sustentará la base de la etapa subsiguiente; de la misma manera, el desarrollo temprano cimentará la creación de las fortalezas de futuras etapas. Es así que, para el final de la vida, Erikson propone la etapa de la “Integridad del ego frente a la Desesperanza”, donde como fortaleza se obtendrá la Sabiduría (Erikson, 1956, 1964, 1984), al adquirir conocimiento y entendimiento de cómo su vida ha tenido relación con otras personas y cómo ha mejorado al mundo (Hawkes, 2004).

Esta última etapa implica la resolución de las crisis previas, así como la aceptación del pasado y de lo corta que resulta la vida (Westerhof et al., 2017). Otros autores señalan a esta etapa como aquella en la que se desarrolla la habilidad de poner el pasado en perspectiva, vivir en el presente y no temer al futuro (Fishman, 1992).

La integridad, en palabras de Erikson (1988, pg. 65), es “un sentimiento de coherencia

y totalidad” y la persona lo consigue cuando su pasado contribuye actualmente a su sabiduría, así como a la aceptación de la muerte. Dicho estado también se experimenta cuando la persona acepta su ciclo de vida como único y como algo que tenía que ser, además de sentirse conectado con otros (Kleijn et al., 2016). La persona, entonces, puede buscar el significado de su vida, analizar la forma en que su vida dejó una huella positiva en los demás, revisar las decisiones que tomó y descubrir los valores que marcaron su camino; de este análisis dependerá si encuentra la consecución bien de la integridad, bien de la desesperanza (Hawkes, 2004).

Es conocido que el adulto mayor debe lidiar con los desafíos propios del envejecimiento, como la fragilidad física y la pérdida de estatus económico y laboral (Acuña y González-Celis, 2010), además de aspectos del pasado, presente y futuro que pueden causar dificultades y que podrían llevar a un estado de desesperanza, que también se ha relacionado con situaciones estresantes, y de alta ansiedad, depresión y soledad (Kleijn et al., 2016).

De la misma manera, se considera que cuando una persona alcanza la tercera edad y se jubila, disminuye su productividad; pero si encuentra que su vida está llena de éxitos y acepta las experiencias negativas, entonces pueden desarrollar la integridad (Nazir et al., 2016). De cualquier manera, la tarea en esta etapa de la vida es tratar de equilibrar y lograr un balance entre la integridad y la desesperanza (Westerhof et al., 2017). Este equilibrio estructural del ego, promueve una vida óptima, con menos temor y desesperación. De hecho, se señala que esta seguridad del ego se expresa en un significado en la vida, así como en la demostración de un amor que va más allá del narcisismo, que transmite orden y sentido espiritual al mundo (Erikson, 1964). De este modo, la persona tiene un sentido de integración a nivel intra e interpersonal, puesto que por un lado le provee satisfacción al conocerse a sí mismo, junto con el mundo y su cultura, y esto permite por otro lado, apreciar de la misma manera la historia personal de otros, que es o puede ser igualmente significativa (Hearn et al., 2012).

La palabra integridad implica precisamente la tendencia a mantener unido, a la integralidad del sujeto, pero ésta se ve amenazada, acorde con Erikson (1988), en condiciones terminales relacionadas con la pérdida de vínculos en los tres procesos organizativos:

- ✓ Soma: debilitamiento de tejidos conjuntivos, vasos sanguíneos y sistema muscular.
- ✓ Psique: pérdida de coherencia mnémica de la experiencia pasada y presente.

✓ Ethos: pérdida de la función respondiente en la interacción generativa.

La integridad, establecida en la última etapa del desarrollo del individuo, busca mantener unidos todos los niveles detallados, todas las experiencias vividas en etapas anteriores, aquellos modos y sentidos que se desarrollaron previamente, a la luz de la experiencia actual. Esta experiencia integrativa obtenida a lo largo de los estadios anteriores, pretende entonces, la aceptación de sí mismo, de su historia, la integración de la confianza y autonomía, la vivencia del amor en su vida y trabajo, la convicción de que su estilo de vida realmente aportó a la sociedad, la contribución de su experiencia para con las nuevas generaciones (Bordignon, 2005). De hecho, varios autores señalan que la Integridad se activa con cuatro puntos importantes: trabajo, familia, creencia en sí mismo y creencia en Dios (de Guzman et al., 2011).

Erikson enfatizaba mucho en su teoría, la configuración circular del ciclo de vida, relacionando, como se señaló anteriormente, todas las etapas previas para llegar a la final, pero también, relacionando la última etapa con la primera a lo largo de las generaciones (Erikson, 1984). Así, por ejemplo, menciona que, si bien la desesperanza corresponde a la etapa final, al inicio del ciclo, el primer elemento sintónico es la esperanza, “sin la cual la vida no podría comenzar o terminar con sentido” (Erikson, 1988, p. 78). De esta manera, se deja en evidencia que este último estadio tiene un gran significado en el primero: los niños en contacto con los adultos mayores señalan una relación hacia el futuro, los mayores marcan modos de pensamiento específicos en los pequeños, y en términos del autor, se puede resumir que “los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la integridad suficiente para no temer a la muerte” (Erikson, 1964, p. 279).

Por otro lado, si bien los escritos de Erikson hacían ver esta última etapa como dos polos, estudios recientes dejan ver que en realidad una persona puede ubicarse en un punto en medio de estos polos. Hearn et al. (2012) generan una interesante propuesta en donde, además de los extremos de Integridad y Desesperanza, añaden los estados intermedios de Pseudointegridad y de Falta de Exploración. Dada la interesante propuesta de estos autores, a continuación, se recogerá una descripción de los diferentes estados.

Como primer estado se presenta la Integridad, que se observaría en aquellas personas que conocen lo valioso de sus vidas con una autoconciencia realista, que pueden mencionar las

influencias que los formaron y que tienen un carácter optimista. A la vez, no niegan sus remordimientos, pero tampoco se dejan abrumar por ellos ni son en extremo autocríticos. Son capaces de aceptar la tristeza y las pérdidas, pero se mantienen conectados con su familia, amigos y su comunidad: permanecen involucrados. Están felices con sus experiencias y logros, pero no son egocéntricos.

Por el contrario, hablamos de Desesperanza en aquellas personas que se sienten deprimidas por decepciones, fracasos y pérdidas en la vida, siendo por tanto este tipo de emociones negativas las que predominan en su vida. Esto hace que expresen tristeza, arrepentimiento, fracaso, autofocalización negativa usando frecuentemente el sarcasmo, autodesprestigio o la trivialidad. Aunque pueden mostrarse reflexivas y encuentran satisfacción en áreas parciales de su vida, el balance final es de insatisfacción. No hay sentido de pertenencia ni queda tiempo para buscarla.

El estado de Falta de Exploración señala a aquellas personas que sienten satisfacción en general, pero que se cerraron a nuevas experiencias y crecimiento personal. Son optimistas y complacientes, disfrutaron de los éxitos de su carrera y familia, pero siempre se mantuvieron en su zona de confort en cuanto a pensamientos, emociones y actitudes, tal como aprendieron toda la vida. Por ello, dejaron poco espacio para un autoexamen de valores, propósito y significado de la vida. En cuanto al estado de Pseudointegridad, a diferencia de la anterior, hace referencia a aquellas personas que tienen una visión excesivamente coherente de su vida, debido a una falta de auto conciencia y de deseo de examinar sus problemas, o tan solo para parecer exitosos. Tienen respuestas ensayadas, triviales y aparentemente definitivas. Esto deja la impresión de que las personas tienen un nivel de satisfacción superficial y frágil.

Otros autores proponen la presencia de tres estados en tanto buscan el balance de Integridad y Desesperanza. De Zutter et al. (2020), proponen en su estudio la comparación y el nivel alcanzado tanto de Integridad como de Desesperanza y, en base a estos resultados, proponen un primer “Grupo Desesperado”, cuyos individuos puntúan alto en desesperanza y bajo en integridad. Un segundo grupo es llamado de “Lucha o Conflicto”, donde los individuos puntúan alto en desesperanza, pero tiene un puntaje promedio en integridad. El tercer grupo o “Grupo Integrado” está formado por individuos que puntuaron bajo en desesperanza y alto en integridad.

2. Integridad y variables psicosociales.

En cuanto a factores demográficos, los estudios de Šolcová et al. (2020) han demostrado que el nivel educativo tiene una gran incidencia en adultos mayores para lograr la Integridad. De esta manera, una de las recomendaciones al respecto es precisamente el fomentar la educación superior inclusive para los adultos mayores, puesto que ello favorece un estado cognitivo adecuado que permite interpretar un balance de su vida y conseguir la integridad. Por su parte, Jeong y Oh (2015a) afirman que, en pacientes de hospitalización prolongada se descubrió que una mayor edad, junto a niveles bajos de dolor y tener perspectiva ante las cosas, mostrar empatía y tener bienestar espiritual están muy relacionados con un mayor nivel de integridad.

En relación a la temática presentada se han realizado varias investigaciones, puesto que el tema de bienestar en adultos cada vez cobra mayor auge. Dichas investigaciones tratan de relacionar las variables que estarían involucradas con el hecho de que el adulto mayor puede resolver de manera adecuada la crisis planteada por Erikson para el final de la vida: integridad vs. desesperanza.

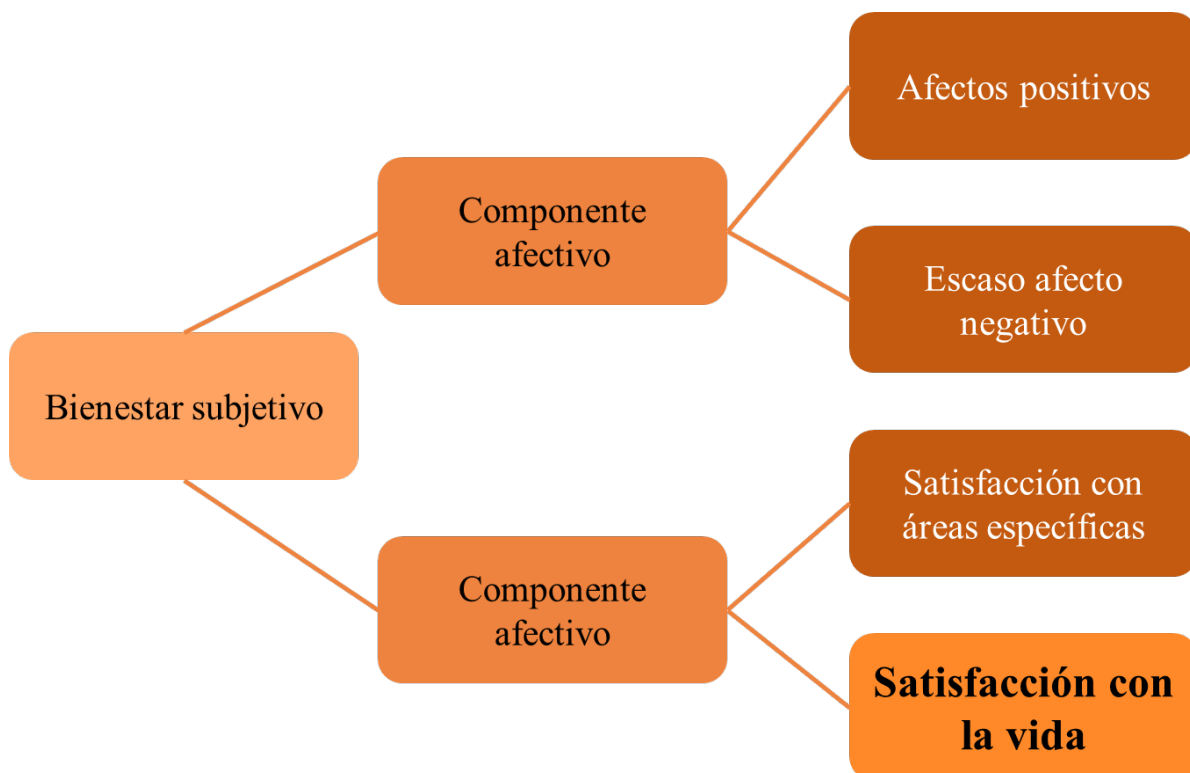
2.1. Satisfacción con la vida.

El constructo de satisfacción de la vida ha tenido en los últimos años un gran impulso debido principalmente a los estudios de Diener (2000), quien se dedicó ampliamente al análisis de lo que significa tener una buena vida. Sin embargo, esta idea puede ser bastante subjetiva y diferir de una persona a otra de acuerdo a sus metas y deseos personales. Es así que surge el término de bienestar subjetivo que engloba diferentes aspectos como satisfacción o felicidad.

El bienestar subjetivo resulta de la evaluación tanto afectiva como cognitiva de la vida de las personas, procurando que las personas tengan experiencias mayormente placenteras, estén comprometidas con actividades interesantes, y a su vez, experimentan placer y satisfacción con sus vidas, pasando por pocas emociones negativas y escaso dolor (Diener, 2000).

De esta manera, se argumenta que el bienestar subjetivo estaría conformado por una parte afectiva que incluye a su vez el afecto positivo, es decir, el tener muchas emociones y afectos placenteros, y también incluye bajos niveles de afectos negativos. Por otro lado, está el componente cognitivo del bienestar subjetivo, que incluye la satisfacción en relación a dominios importantes, por ejemplo, satisfacción con relación al trabajo, pero también incluye la satisfacción con la vida (Figura 11).

Figura 11. Origen de Satisfacción con la Vida. Propuesta de Diener (2000).



Por tanto, este constructo de satisfacción vital ha sido concebido como la evaluación cognitiva de la vida de la persona (Diener y Diener, 2009), que implica que él o ella pueda hacer un juicio general o específico de comparación de su vida actual frente a su ideal de vida (Wiesmann y Hannich, 2011). Se trata de un resumen de la evaluación de las metas y objetivos deseados frente a los resultados actuales, manteniéndose aun cuando la salud se vea disminuida con la edad, mostrando una clara relación con la salud percibida y la calidad de vida (Inga y Vara, 2006).

Si bien se ha visto que la satisfacción con la vida tiene relación con diferentes variables

sociodemográficas como empleo, estado civil y nivel de educación entre otras, también se ha determinado que no tiene relación directa con la presencia de enfermedades y su severidad (Hampton y Marshall, 2000). Otros estudios señalan que la satisfacción con la vida está estrechamente relacionada con la satisfacción con uno mismo, con la familia y con amigos, así como con la satisfacción financiera (Diener y Diener, 2009).

En esta misma línea, el estudio de Stepanova et al. (2016) determinó que aquellos adultos mayores que están casados y viven en familia tienen mayor satisfacción con la vida que aquellos que viven solos. Se comprobó además que los adultos mayores casados mostraban una adecuada capacidad de evaluar la vida, de sentirse satisfechos en general y miraban hacia el futuro con optimismo, siendo capaces de establecer nuevos objetivos de vida; todos estos aspectos relacionados directamente con el concepto de Integridad planteado por Erikson.

Satorres (2013) también presenta resultados similares en su estudio, donde señala que los adultos mayores con mejores niveles de satisfacción con la vida, también presentaban un mayor nivel de estudios y de ingresos, viven en una casa propia, mantienen la unidad familiar y viven con su cónyuge. Los estudios de Ramírez y Lee (2012) señalan que en su grupo de estudio de adultos mayores en Chile se evidenciaron altos niveles de satisfacción con la vida, y este constructo se veía relacionado con variables como la situación de vivienda, adecuados ingresos económicos, situación del hogar y presencia de enfermedades crónicas, siempre que éste último estuviera en relación con apoyo social y familiar.

Hampton y Marshall (2000) señalan que una gran variedad de estudios muestra evidencias de diferencias en satisfacción vital entre culturas. Así, por ejemplo, los países ricos tienden a mostrar mayor satisfacción de la vida que los países pobres; los americanos reportan mayores niveles de satisfacción con la vida que los tailandeses, chinos y coreanos. Siguiendo esta línea, Diener et al. (1995), señalaron en sus estudios que estas diferencias pudieran estar definidas por los valores culturales de cada sociedad. En este sentido, la cultura americana es más impulsada a buscar la felicidad y satisfacción individual, mientras que las culturas orientales están orientadas a cumplir con sus responsabilidades familiares y comunitarias para desarrollar la satisfacción con la vida.

Derdaele et al. (2019), por ejemplo, mostraron mediante modelos estructurales que existe una asociación positiva entre integridad, perdón a otros, satisfacción con la vida y salud subjetiva. Tal parece ser que la disposición de perdonar a otros, especialmente en los adultos mayores, lleva a tener una visión más positiva de la vida, y, por ende, mayor satisfacción con la vida.

Estos resultados concuerdan con los de Wiesmann y Hannich (2011), quienes postulan que la integridad está relacionada de manera positiva con cuatro tareas que la diferencian de la desesperanza y que serían especialmente importantes en la transición de la jubilación: reorientación en la participación activa, satisfacción con la vida, mantenimiento de la salud y sentido de coherencia. Los autores, demostraron que los adultos mayores altamente coherentes logran afrontar mejor las tareas de participación, mantenimiento de la salud y satisfacción con la vida. Después de todo, un fuerte sentido de coherencia parece ser un factor importante de salud mental en la vejez y la reducción de la desesperanza. Es importante hacer esta reflexión porque el adulto mayor se enfrenta a varias pérdidas que pueden generar la sensación de falta de control. Sin embargo, una reevaluación constructiva de la vida dará como resultado mayor satisfacción con la vida, sentido de unidad y de realización. Tal y como plantean en su modelo Wiesmann y Hannich (2011), las evaluaciones del pasado mitigan la depresión indirectamente a través de evaluaciones de la vida presente, recordar eventos positivos del pasado a través de la reminiscencia genera una mayor satisfacción con la vida, una disminución de la desesperanza o falta de satisfacción con la vida futura y una disminución del estado de ánimo depresivo.

Por su parte, Dezutter et al. (2020) también encontraron, en una muestra de adultos mayores institucionalizados, que aquellas personas que puntuaban alto en integridad, también sentían mayor satisfacción con la vida.

Nehrke et al. (1977) postulaban en sus estudios la idea de que la satisfacción con la vida puede ayudar a medir o definir la medida de la ego-integridad o la desesperanza. En este sentido, hipotetizaban que un bajo nivel de satisfacción con la vida junto a ansiedad por morir y un locus de control externo se relacionarían con Desesperanza, mientras que un locus de control interno junto con altos niveles de satisfacción con la vida tendría más relación con la Integridad. Los

autores encontraron que esto es particularmente cierto sobre todo en aquellos adultos mayores que viven en comunidad, en comparación con aquellos que viven en residencias o están institucionalizados de algún modo. De esta manera, presentar niveles más altos de satisfacción con la vida, un adecuado locus de control interno y bajos niveles de ansiedad por la muerte, estaría relacionado con una resolución exitosa de la crisis de Integridad vs. Desesperanza.

Con un pensamiento similar, Woods y Witte (1981), obtuvieron una correlación positiva y significativa entre satisfacción con la vida y el concepto de Integridad. De esta manera, mencionan que la crisis propuesta puede ser resuelta exitosamente al conseguir un buen nivel de satisfacción con la vida.

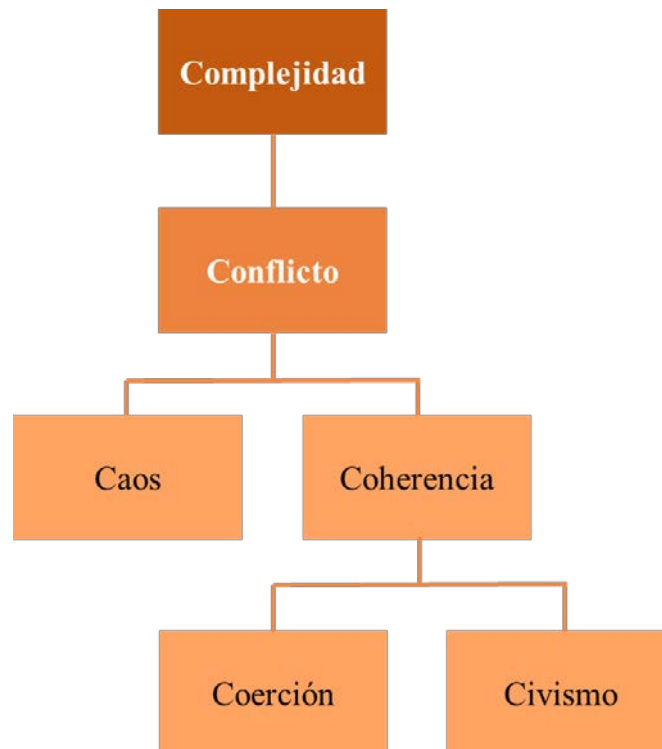
El estudio de Nehrke et al. (1980), realizado en varones veteranos de guerra, señala a la satisfacción con la vida como una de las variables para la adecuada resolución de la crisis de Integridad vs. Desesperanza. En este sentido, los resultados de su investigación revelan que aquellas personas mayores de 70 son quienes mejores puntuaciones tienen con respecto a satisfacción con la vida, y, por ende, quienes mejor han resuelto la crisis propuesta por Erikson, en comparación con veteranos de 50 o 60 años. Estos resultados se muestran a pesar de que se trata de personas que viven en una institución para veteranos donde tienen relativa independencia, mostrando que la institucionalización en este caso, ha provisto un ambiente adecuado para su desarrollo personal. Esta última idea es apoyada por estudios que han demostrado que la satisfacción con la vida está influenciada por la autoeficacia, la percepción de salud y, sobre todo, por condiciones socio ambientales estables (Hampton y Marshall, 2000; Waltz y Bandura, 1988).

2.2. Sentido de Coherencia.

Este constructo de coherencia de vida fue postulado por Antonovsky (1987), quien lo incluye dentro de su modelo salutogénico, señalando que, con el fin de moverse hacia la salud en el continuo salud-enfermedad, la persona debe afrontar de forma exitosa los estresores que se le presentan. El modelo salutogénico (Figura 12) se basa en las seis C's (Antonovsky, 1993).

Inicia señalando la Complejidad del ser humano y su sistema de salud, mencionando además los suprasistemas en los que se incluye.

Figura 12. Las seis C's: Modelo Salutogénico propuesto por Antonovsky (1993).



Así, el autor señala que se pueden distinguir niveles en el sistema, acomodados en complejidad creciente:

1. La estructura permanente, dependiente total del ambiente.
2. Tropismos, que permiten el movimiento hacia ambientes más favorables.
3. Sistemas nerviosos que permiten el reconocimiento de patrones de eventos y respuestas.
4. La capacidad de hacer cambios en el ambiente.

Continuando con su argumento, afirma que mientras mayor sea la Complejidad, mayor es el Conflicto referente a las tensiones internas del ser humano, entre las personas, entre el individuo y los suprasistemas o entre los suprasistemas en sí. Al conseguir un estado adecuado de calma, se consigue la salud, sin embargo, esto no siempre ocurre porque el ser humano se expone a diversas situaciones que van más allá de su control. Ante la incertidumbre, ante el

descontrol, surgen las opciones a elegir: el Caos o la Coherencia. El Caos, evidentemente no llevará a un estado de salud o equilibrio, mientras que la Coherencia va a ser la respuesta a la situación presente.

De este modo, el sentido de coherencia hace referencia a una disposición orientativa de las personas; a la forma en que los individuos perciben el mundo, su posición en él, así como a la evaluación que la persona hace de las circunstancias de la vida, siendo entonces una manera exitosa de procesar la información y la energía, haciendo posible la resolución de un conflicto. Por ello, el autor señala que el sentido de coherencia genera una disposición global y no, como podría parecer, de una estrategia de afrontamiento.

El sentido de coherencia, en su concepción inicial, permite a las personas cumplir sus necesidades biológicas y sociales de una manera óptima. De esta manera, permite ver al mundo considerando tres componentes importantes: a) la comprensibilidad, el componente cognitivo; b) la manejabilidad, el componente instrumental o conductual, y c) la significancia, el componente motivacional (Antonovsky, 1987, 1993).

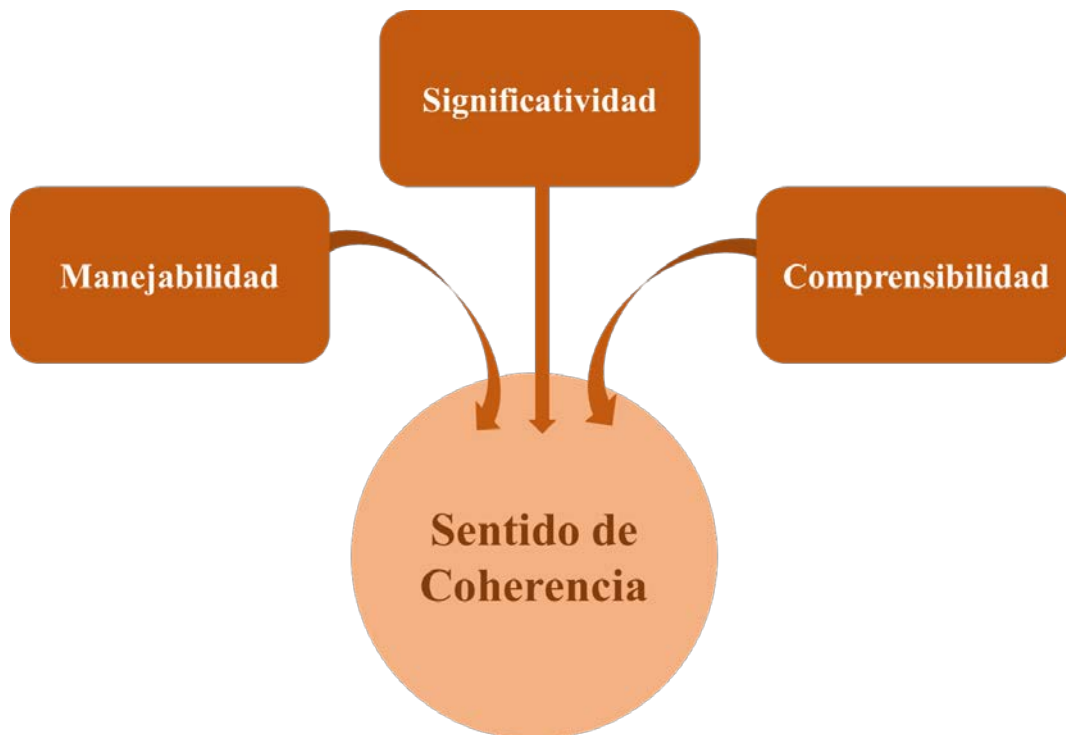
Al analizar estos componentes, el autor continúa exponiendo que éstos harán posible que la persona no recurra a un único recurso, sino que le brinda flexibilidad en su acción, de manera que pueda elegir la manera más apropiada de resolver un conflicto, siempre en el marco de su orientación global. Eriksson y Mittelmark (2017) señalan que el primer aspecto, la comprensibilidad, hace referencia a que la persona pueda percibir a los estímulos como comprensibles, es decir, como información ordenada, estructurada, clara. Ello llevaría a que la persona tenga la capacidad de crear una estructura a partir del caos en donde además la persona tiene una participación activa. Esta comprensión precisamente permite que la persona pueda manejar mejor las situaciones estresantes y nos lleva al siguiente aspecto.

La manejabilidad, por su parte, no implica que la persona controle todos los recursos, sino que tenga la sensación de que están a su disposición o que los puede conseguir en alguien de confianza y se los puede usar para contrarrestar los estímulos estresores (Antonovsky, 1993). Se ha señalado que estos recursos formales pueden provenir de servicios sociales de organizaciones públicas y privadas, mientras que los recursos informales proceden de la familiar, amigos, colegas, etc. (Eriksson y Mittelmark, 2017). Ahora, con el fin de enfrentar las situaciones estresantes, también es importante contar con la motivación necesaria, y eso nos

lleva al tercer componente que es la significación.

La significatividad hace referencia a la medida en que la persona siente que la vida tiene significado emocional, entendiendo que los problemas merecen compromiso y dedicación, y pueden ser vistos como desafíos (Eriksson y Mittelmark, 2017). Antonovsky (1993) reconoce que el ser humano experimenta eventos trágicos a lo largo de la vida, sin embargo, ante esto surge la idea de que cuando la persona cuenta con un sentido de coherencia fuerte, la persona buscará un significado y una resolución ante este hecho, sin tratar de huir o escapar, y con el deseo y la voluntad de invertir energía en superar la experiencia angustiosa (Figura 13).

Figura 13. Aspectos del Sentido de Coherencia (Antonovsky, 1987).



Para concluir con la exposición del modelo salutogénico, Antonovsky (1993) expresa que el Sentido de Coherencia se puede conseguir con dos caminos: la Coerción, por un lado, que está ligada al poder del sujeto para, de alguna manera, imponer su posición. Se puede pensar que se trata de una persona con un fuerte sentido de coherencia al imponer sus recursos y formas de solucionar los conflictos sobre los demás, cuando en realidad está forjando la destrucción del mismo, junto con la destrucción de la salud de otras personas en el sistema que controla. El segundo camino, por el contrario, se trata del Civismo, recurso que Antonovsky asegura es el único por el que se puede conseguir un Sentido de Coherencia fuerte.

Además, se señala que el civismo tiene tres elementos básicos a considerar para lograr su cometido. El primero implica compromiso y lealtad pluralista, primero hacia sí mismo y también hacia los otros, careciendo de una orientación exclusiva hacia Dios, la familia, el clan, el género u otros. En segundo lugar, señala que el respeto debe prevalecer y estar acorde al compromiso con otros. Finalmente, en tercer lugar, pone límites a todo lo referente con dominación, opresión y deprivación. Este es el canon que guía a la persona en su forma de resolver los conflictos, sin dejar de lado sus propios fines, pero a través de la solidaridad con otros. Es así como se comprende que el civilismo es el punto que fortalece al Sentido de Coherencia y le brinda un hilo de comprensibilidad.

Algunos estudios acerca del sentido de coherencia, también han remarcado su relación con la calidad de vida, sentimientos positivos, satisfacción con la familia. En relación a la salud, revisiones sistemáticas como las de Länsimies et al. (2017) observaron que el sentido de coherencia (SOC) de los adolescentes estaba relacionado con la salud en términos de calidad de vida, comportamiento saludable, salud mental y relaciones familiares; del mismo modo los hallazgos de la revisión de del Pino-Casado et al (2019) señalan que en cuidadores es un determinante importante del bienestar y puede proteger a los cuidadores de altos niveles de angustia psicológica y carga para el cuidador, mejorando la salud mental. Incluso algunos estudios (Poppius et al., 2003; Poppius et al., 2006) han demostrado que las personas con puntuaciones SOC más altas sufren menos efectos mentales adversos, incluso después de situaciones estresantes, y tenían tasas más bajas de muerte y menos trastornos en comparación con las personas con puntuaciones SOC bajas. Por lo tanto, parece ser que cuanto más fuerte sea el sentido de coherencia, habrá más flexibilidad con respecto a las limitaciones y recursos percibidos de un individuo. Así mismo, se ha señalado que un buen sentido de coherencia está relacionado sobre todo con aquellas personas que tiene un mayor nivel de educación, con quienes tuvieron empleos con alto nivel de responsabilidad y con quienes viven con su esposa o pareja (Ciairano et al., 2008)

Rennemark y Hagberg (1997) en sus estudios acerca de la relación entre el sentido de coherencia y la crisis propuesta por Erikson, ya habían señalado que mientras más positiva sea la evaluación de la crisis de vida, más fuerte será el sentido de coherencia. En su estudio, los autores señalaron que el sentido de coherencia generaba una fuerte influencia en aquellas etapas

eriksonianas relacionadas tanto con el tema existencial, así como con aquellas etapas relacionadas con temas de integridad y continuidad. En esta línea, se comprende que una buena resolución de las etapas anteriores, llevará inevitablemente a una buena resolución de la etapa final con tendencia hacia la integridad, apoyada fuertemente de un adecuado sentido de coherencia.

Por su parte, Ekman et al. (2002) confirmaron en su estudio que el sentido de coherencia se desarrolla a lo largo del ciclo de vida, siendo los adultos mayores quienes presentan puntuaciones más altas en este constructo. De esta manera se puede hipotetizar que los adultos mayores con un fuerte sentido de coherencia, tiene en sus manos una herramienta que les permita afrontar las dificultades y retos propios de la edad; resolver los retos de esta etapa es importante para el bienestar psicológico y disminuir los síntomas ansiosos y depresivos (Dezutter et al., 2013) así como alcanzar la integridad. Un estudio al respecto señala que los adultos mayores que ven el mundo como comprensible, con significado y manejable pueden aceptar con mayor facilidad su pasado, incluyendo sus fracasos y limitaciones, aspectos importantes para resolver la crisis de la última etapa, propuesta por Erikson, hacia la integridad (Dezutter et al., 2013).

Diversos estudios también señalan una relación indirecta entre el sentido de coherencia y la integridad. Así, por ejemplo, la investigación de Wiesmann y Hannich (2013), señala que un alto nivel de sentido de coherencia en adultos mayores, predice un nivel alto de satisfacción con la vida. Por su parte, Nygre et al. (2005) encontraron correlaciones significativas en adultos mayores entre el sentido de coherencia, el propósito en la vida y la trascendencia. Ambos estudios coinciden en los términos señalados anteriormente, en el sentido de que tanto el propósito en la vida y la trascendencia son constructos que forman parte de la Integridad, tal como la satisfacción con la vida tiene correlación alta y significativa con la Integridad.

2.3. Bienestar.

Se conoce que el estudio del bienestar procede de dos tradiciones claramente diferenciadas: la hedonista que trata la felicidad y la satisfacción con la vida, y la tradición eudaimónica, que hace referencia al potencial humano y los desafíos existenciales de la vida (Keyes et al., 2002). En opinión de los autores, estas líneas están conceptualmente relacionadas,

pero difieren a nivel empírico, sobre todo en sus relaciones con datos sociodemográficos, características de personalidad y trayectorias en relación al desarrollo psicológico.

Keyes (2002, 2006) sostiene que el bienestar podría considerarse como uno de los síntomas de la salud mental, que se describe en términos de “floreCIMIENTO”, y enfatiza que la salud mental, entonces, abarca el bienestar subjetivo y psicológico, que une las hipótesis hedónicas y eudaimónicas, y se refieren a la percepción y evaluación de la propia vida en relación a los estados afectivos y su óptimo funcionamiento psicológico y social (Keyes, 2006).

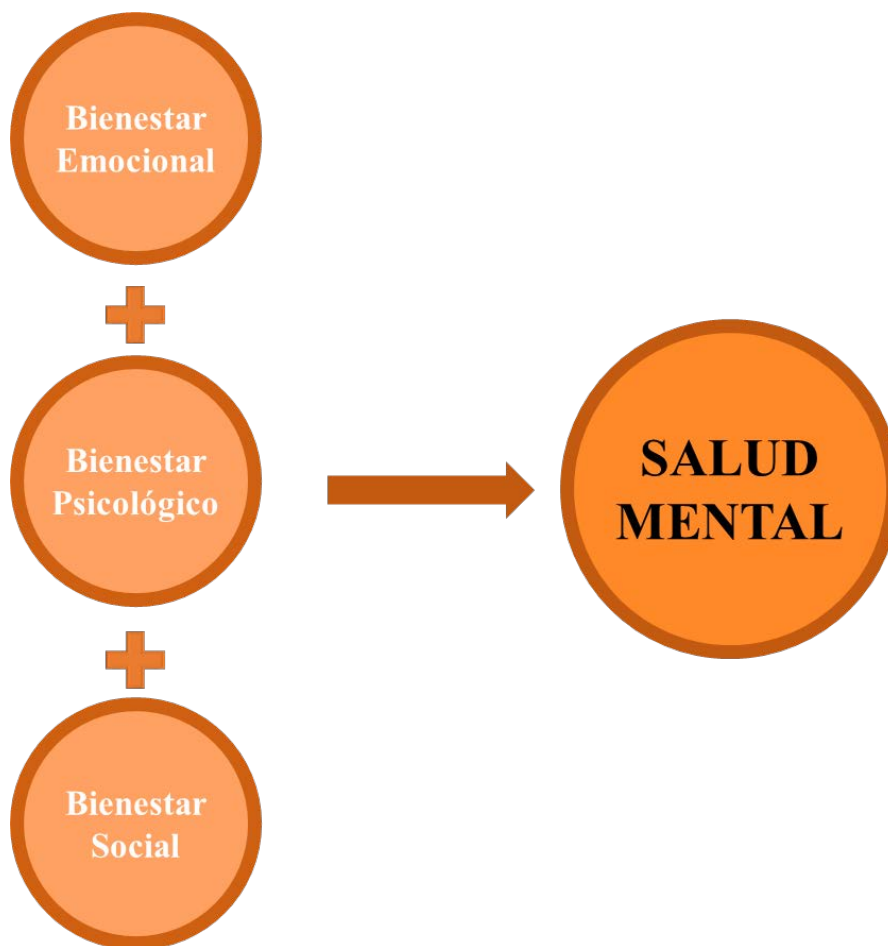
De acuerdo con lo señalado, Keyes (2002, 2007) propone 3 dimensiones básicas del bienestar: emocional, psicológico y social, que, en conjunto, llevarán a la salud mental. Desde la posición de Keyes (2007) el bienestar emocional se obtiene a partir de la presencia de afectos positivos y de la calidad de vida, es decir, la persona que se encuentre alegre y feliz, muestre interés en la vida, se mantenga con buen humor, con paz y tranquilidad, y se encuentre decididamente lleno de vida y satisfecho con ella.

Por otra parte, y en colaboración con Ryff (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002; Ryff y Keyes, 1995) señalan que el bienestar psicológico engloba el hecho de que la persona tenga actitudes positivas hacia sí mismo y le guste su yo, su personalidad (la autoaceptación); se proponga desafíos, conozca su potencial y se mantenga en desarrollo continuo su crecimiento personal; descubra que su propia vida tiene una dirección, significado y propósito; practique la capacidad de seleccionar, administrar y moldear el entorno personal con el fin de poder llegar a satisfacer y cumplir las necesidades que se presentan (el dominio del ambiente); se dirija por estándares y valores internos propios que son aceptados a nivel social (la autonomía personal); tenga la capacidad de formar relaciones que son fundamentalmente cálidas, basadas en la confianza (las relaciones positivas con otras personas). Si bien estas características se aplican adecuadamente para las personas occidentales, vale la pena señalar la cultura influye en este punto, demostrando que, para las personas orientales, las características para describir el bienestar psicológico van más allá del plano individual. En este sentido, un estudio realizado en adultos mayores de origen tailandés, asegura que el bienestar psicológico responde más a un sentido colectivo, donde se incluye la armonía e interdependencia con su comunidad, así como el respeto (a los demás) y el disfrute (Ingersoll-Dayton, 2001).

Finalmente, Keyes (2007) asegura que el bienestar social se conforma de la aceptación

social, que implica que la persona mantenga actitudes positivas hacia las diferencias humanas, las reconozca y las acepte; la actualización social, que se refiere a la creencia de que las personas y la sociedad en general tienen potencial y pueden evolucionar de manera positiva; la contribución social, que abarca el hecho de que la persona considere que las propias actividades diarias resultan de utilidad y son valoradas por la sociedad; la coherencia social, que involucra el interés del individuo en la sociedad y la vida social, encontrándola significativa; y la integración social, que surge cuando la persona tiene un sentido de pertenencia, comodidad y apoyo de la comunidad (Figura 14).

Figura 14. Dimensiones del Bienestar (Keyes, 2002).



En base a lo señalado, actualmente el bienestar ha sido concebido como un constructo multidimensional, puesto que implica que la persona se sienta bien y tenga un funcionamiento óptimo para afrontar los desafíos de la vida (Huppert y So, 2013).

El bienestar ha sido ampliamente relacionado con el nivel educativo. Así, por ejemplo,

varios autores han señalado que los individuos con un mayor nivel educativo, tienden a presentar mayores niveles de bienestar (Jenkins, 2011; Šolcová y Kebza, 2005). Así mismo, el apoyo social percibido y contemplado en el bienestar social, se ha visto como un factor protector importante para la prevención del maltrato en el adulto mayor, sumado al hecho de que la persona interpreta las situaciones de manera menos estresante, teniendo así un mayor control de la situación (Dong y Simon, 2008).

Diversos estudios han señalado una estrecha relación entre la integridad y el bienestar. Ilyas et al. (2020) encuestaron alrededor de 400 adultos mayores de Pakistán. Como resultado, reportaron que la integridad tiene una influencia positiva en el bienestar psicológico. Por su parte, un estudio holandés señala que existe una relación directa entre la integridad y el bienestar en sus tres dimensiones: emocional, psicológica y social (Westerhof et al., 2017). Los autores mencionan que, además, la integridad se relaciona de manera indirecta con los rasgos de personalidad, los cuales a su vez estarían mediados por el bienestar que experimenta.

Torges et al. (2009) realizaron un estudio para desarrollar una medida de integridad que use análisis cualitativo y cuantitativo. En sus resultados, además de la escala, encontraron que la integridad está fuertemente relacionada con el bienestar en general. Otro estudio de tipo mixto señaló que los adultos mayores que narran historias de vida muestran niveles altos de bienestar, ya sea porque se han mantenido positivos a lo largo de la vida o porque han desarrollado esto en los últimos años, y tienen también puntuaciones altas en la escala de Integridad, observándose diferencias estadísticamente significativas cuando son comparados con aquellos que en sus narraciones muestran sentimientos de bienestar bajos o neutros (Sherman, 1994). Dezutter et al. (2013) afirman que para que el adulto mayor tenga un adecuado nivel de bienestar es importante que se logre resolver el conflicto entre la integridad y la desesperanza, demostrando entonces la estrecha relación entre estos constructos.

El estudio de Üzar-Özçetin y Ercan-Şahin (2020), también señala que existe una relación positiva entre el bienestar y la integridad. Los autores plantearon que los adultos mayores que participaron en su estudio, a pesar de vivir institucionalizados, señalaban altos niveles de bienestar, lo que fue considerado como uno de los factores con los que se puede relacionar la Integridad. Similares resultados ya fueron señalados en los estudios previos de Goebel y Boeck (1987), quienes comprobaron que el lugar de residencia de los adultos mayores

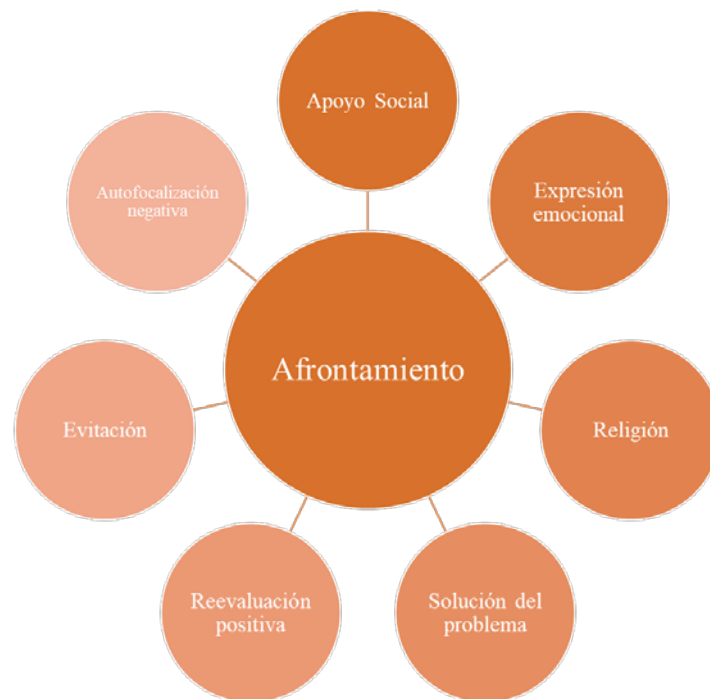
no interfiere con su nivel de Integridad, pues tanto quienes vivían institucionalizados como en comunidad de forma independiente, mostraban niveles adecuados de Integridad. Sin embargo, los autores también aseguraron que aquellas personas que tenían bajos niveles de Integridad, presentarían bajos niveles de bienestar psicológico, y ello ocurría principalmente con aquellos adultos mayores que vivían en residencias.

Filip et al. (2020) afirman en su estudio que las personas adultas mayores de la República Checa que demuestran tener un buen nivel de integridad, ya sea como un resultado en su vida o como un proceso dialógico, tienen un mayor nivel de bienestar, a diferencia de aquellos que presentan desesperanza. Desde el punto de vista de Afonso et al. (2011), existe una relación cercana entre el bienestar psicológico y la integridad, de tal suerte que ambos constructos mejoraron sus niveles luego de implementar un programa de reminiscencia en adultos mayores de Portugal. Por su parte, James y Zarrett (2006) encontraron en su investigación, realizada con mujeres adulta mayores, que un alto nivel de integridad está relacionado con mayor satisfacción marital y mejores relaciones con sus hijos adultos, y, sobre todo, muestra que se relaciona de manera significativa con el bienestar psicológico.

2.4. Afrontamiento.

En términos de Sandín y Chorot (2003), el afrontamiento implica aquellos esfuerzos de los individuos para hacer frente al estrés y el malestar psicológico que provoca, tanto a nivel cognitivo como conductual. En este sentido, el estrés psicológico comprende la relación particular entre el individuo y su entorno, que acorde a la evaluación del sujeto, resulta amenazante o fuera de capacidad para hacerle frente, poniendo en peligro su bienestar (González y Landero, 2007). Se comprende entonces, que la persona debe encontrar recursos o estrategias para lidiar con el estrés; dichas estrategias se mantienen relativamente estables y dependen de la situación, así como de la persona, pudiendo ser adaptativas o desadaptativas (Sandín y Chorot, 2003). Las estrategias de afrontamiento se explican entonces, como aquellos esfuerzos a nivel cognitivo o comportamental que los individuos realizan para manejar las demandas o sucesos que exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984) con el objetivo de reducir el estrés o el malestar psicológico. Algunas de las estrategias propuestas por Sandín y Chorot (2003) se muestran en la Figura 15.

Figura 15. Estrategias de Afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003).



Una distinción importante en el estudio del afrontamiento es la diferencia entre las respuestas de afrontamiento situacionales y los estilos de afrontamiento disposicionales. El primero aborda la idea de lo que hizo la persona en un episodio de afrontamiento específico o durante un período de tiempo específico, mientras que el segundo (o rasgos de afrontamiento), asume que las personas desarrollan formas habituales de lidiar con el estrés y que estos hábitos se definen como tendencias a utilizar reacciones de afrontamiento específicas en mayor o menor medida bajo situaciones estrés (Carver y Scheier, 1994). Las personas generalmente exhiben una gran variabilidad en sus respuestas a las amenazas y los factores estresantes, y se han desarrollado varias distinciones entre los diferentes tipos de afrontamiento. Carver et al. (1989) distinguieron además entre afrontamiento de enfoque activo (es decir, estrategias destinadas a lidiar activamente con el factor estresante o emociones relacionadas) y afrontamiento de evitación (es decir, estrategias dirigidas a evitar situaciones estresantes).

En general, y como se señalaba el afrontamiento activo se basa en estrategias de adaptación, que reflejan esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar o resolver los factores estresantes de la vida; es decir, se refieren a esfuerzos enfocados en confrontar o lidiar directamente con un factor estresante, y pueden involucrar intentos activos para resolver el factor estresante o manejar las emociones relacionadas. Por el contrario, el afrontamiento de la

evitación se basa en estrategias de mala adaptación y se centra en escapar del factor estresante y puede implicar evitación activa, negación o incluso ilusiones como una forma de manejar la angustia asociada (Roth y Cohen, 1986). Por lo general, las estrategias de afrontamiento activo se han relacionado con el funcionamiento emocional y conductual positivo, mientras que las estrategias de evitación se han asociado con resultados negativos.

Por su parte, Lazarus y Folkman (1984) distinguieron entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en las emociones, siendo esta una conceptualización generalmente aceptada sobre la estructura de las estrategias. El afrontamiento centrado en el problema consiste en hacer frente a la situación estresante mediante esfuerzos para modificar el problema en cuestión y, por lo general, incluye elementos tales como la generación de opciones de solución, evaluar los pros y contras de las diferentes opciones o la aplicación de medidas; es decir, estrategias destinadas a resolver y responder activamente a situaciones estresantes. Por otra parte, el afrontamiento centrado en las emociones tendría como objetivo gestionar las emociones desadaptativas que se asocian con la situación estresante o reducir las emociones y sentimientos que están incrustados en esas situaciones (Aldwin y Revenson, 1987; Lazarus y Folkman, 1984) e incluye un amplio rango de respuestas que van desde la negación, a la búsqueda de apoyo social o la autofocalización negativa (como rumiaciones).

Según Meléndez et al. (2012) existen algunas particularidades que deben ser tenidas en cuenta cuando se estudian las estrategias de afrontamiento. En primer lugar, se debe considerar la diferencia entre el afrontamiento centrado en el problema de aquel centrado en la emoción. El primero procura, en efecto, manejar y de alguna manera, enfrentar el problema, mientras que el segundo busca la regulación emocional de la persona frente al problema. En segundo lugar, debe considerarse la distinción entre compromiso y desvinculación. El compromiso procura lidiar directamente con el estresor o con las emociones que genera, y se apoya de las estrategias centradas en el problema, como la reestructuración cognitiva, o en aspectos emocionales como la búsqueda de apoyo o la regulación emocional. Por otro lado, la desvinculación se basa en escapar a los sentimientos de ansiedad, evitación, negación, pensamiento irracional y otros. Un tercer aspecto a tener en cuenta el enfoque que se centra en los tipos de acción y comportamiento, pero que también requiere de la consideración simultánea de las emociones, la atención, y las metas y objetivos, y que ha sido planteado por autores como Brandtstädter y

Renner (1990), y en el que se ha distinguido entre control primario o asimilación, y control secundario o acomodación. El primero se refiere a los mecanismos que las personas hacen para adaptarse y lograr confrontar la situación estresante, aún a pesar de las limitaciones o dificultades que ocurran, son los ajustes que se producen para la adaptabilidad a una situación estresante en función de las limitaciones percibidas, lo cual implica cómo hacer frente e influir en los acontecimientos o condiciones objetivas (Rudolph et al., 1995). El segundo hace hincapié en dirigir la conducta del individuo a ajustarse a las condiciones existentes, incluso si ello requiere modificar o acomodar objetivos, metas, creencias, con el fin de adaptarse a la situación actual.

El afrontamiento ha resultado ser un punto significativo de estudio, puesto que se ha comprobado que las estrategias de afrontamiento, junto con la personalidad y el apoyo social, pueden fungir como predictores significativos de la calidad de vida en adultos mayores (Durá-Ferrandis et al., 2017). Estos autores señalan que las estrategias de afrontamiento y el optimismo son predictores importantes del funcionamiento emocional. Estudios similares aseguran que las estrategias de afrontamiento tienen un rol mediador entre la personalidad y la salud mental de los adultos mayores (Su et al., 2018). Por el contrario, González y Landero (2007) informan de que algunas formas de afrontamiento relacionados con la evitación cognitiva, han mostrado asociación cercana con síntomas somáticos tales como resfriado, síntomas de gripe, problemas circulatorios, malestares gástricos, fatiga, etc.

Por su parte, se ha detallado que cuando los adultos mayores alcanzan un buen nivel de Integridad, también se vuelven más introspectivos, lo que lleva a que desarrollen metas a corto plazo, se vuelvan más selectivos en sus actividades y se enfoquen en su regulación emocional. Este aspecto en definitiva ayudará a que seleccionen estrategias de afrontamiento eficaces, es decir, que puedan afrontar situaciones difíciles, tales como lidiar con enfermedades graves (Holland et al., 2009), mayor uso de estrategias de afrontamiento activo (Sharif y Khanekharab, 2017) pero principalmente que tengan un carácter adaptativo.

El estudio de Meléndez et al. (2020), tuvo por objetivo analizar en una muestra de adultos mayores la relación entre la integridad y desesperación con variables como la edad, el género y las estrategias de afrontamiento, demostrando que efectivamente, las formas de afrontar el estrés en esta etapa, están ligadas tanto a la integridad como a la desesperanza. El

análisis de regresión múltiple, mostró en la integridad relaciones significativas y positivas con las estrategias reevaluación positiva, focalización en solución de problemas y género y negativa con la búsqueda de apoyo; la desesperación mostro relaciones positivas con la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta y negativa con la edad. También Nowlan et al. (2015) informaron de que la reevaluación positiva es una estrategia de afrontamiento particularmente relevante durante el proceso de envejecimiento, ya que el adulto mayor puede hacer frente a los eventos estresantes de la vida buscando un significado positivo entre la negatividad. Por su parte Demirir et al. (2010) demostraron que la resolución de problemas es un proceso cognitivo-conductual autodirigido por el cual se buscan soluciones efectivas o adaptativas para problemas específicos y está relacionada con la reducción de los síntomas depresivos y una mejor calidad de vida lo cual facilitaría la consecución de la integridad. En relación al género la significación obtenida en integridad señaló que la media de los hombres mostraba una puntuación superior a la de las mujeres cuando se controló por el resto de variables, informando que esta relación posiblemente esté condicionada por las diferencias de género observadas en las estrategias de afrontamiento. En relación a la desesperación, destaca la relación de significación negativa con la edad, posiblemente por el incremento en las discrepancias entre los estados iniciales y las aspiraciones resultantes de transiciones normativas que generen una mayor desesperanza; además, la percepción de control es un recurso psicológico crítico que protege contra las consecuencias negativas del estrés y permite una adaptación positiva a las disminuciones relacionadas con el envejecimiento (Drewelies et al., 2017). Por otro lado, la regresión múltiple, obtuvo relaciones positivas con la autofocalización negativa y expresión emocional abierta. En este sentido, tanto la dificultad para resolver sucesos vitales anteriores como el hecho de experimentar acontecimientos vitales de carácter negativo propios de esta etapa, posiblemente afecten de forma directa tanto al comportamiento como a la propia cognición, generando una desesperanza más elevada. Por otra parte, la expresión emocional abierta, está relacionada con la desesperación dado que fomenta la expresión de emociones inseguras y no facilita la capacidad del sujeto para organizarse y expresar claramente sus pensamientos y emociones, y abordar problemas funcionalmente. De este modo, se puede concluir que la aplicación de estrategias emocionales desadaptativas serán generadoras de desesperanza en el envejecimiento.

La investigación desarrollada por Moalla et al. (2017) señala que, en los adultos

mayores, es importante que se desarrollen estrategias de afrontamiento óptimas y adaptativas, debido a que su avanzada edad trae usualmente lesiones y pérdidas asociadas. Estos autores señalan que aquellos individuos que están más abrumados por sentimientos y pensamientos negativos, tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, de manera que evitan pensar en el problema, y de alguna manera, tener cierta protección ante sentimientos muy dolorosos.

Aunque algunos tipos de estrategias de afrontamiento pudieran parecer poco adaptativas, en realidad han mostrado tener una participación útil en cuanto al bienestar e integridad de los adultos mayores. En este sentido, el estudio desarrollado por Loft et al. (2018) señala que las estrategias de afrontamiento derivadas de la emoción, sobre todo aquellas que generan autocontrol en las personas, ayudan de alguna manera a reducir afecciones físicas tales como las caídas, demostrando así que las diferentes estrategias tienen utilidad en diferentes circunstancias. Esta idea es confirmada por Meléndez et al. (2012), quienes sugieren la hipótesis de que con el pasar de los años, las personas tienden a usar estrategias de afrontamiento activas, específicamente aquellas basadas en la emoción. Los autores también señalan que inclusive se han demostrado diferencias en las estrategias de afrontamiento acorde al género, postulando que las mujeres tienden a expresar estrategias centradas en la emoción y en el apoyo social, mientras que los hombres buscan usar estrategias centradas en la solución de problemas.

Con esto se confirma el hecho de que la efectividad de las estrategias de afrontamiento no depende únicamente del tipo de estrategia utilizada, sino que dicha efectividad se ve mediada por otros factores también importantes, tales como el tipo de evento estresante y su duración, así como por características sociodemográficas e individuales de cada persona (Rubio et al., 2018).

2.5. Resiliencia.

Cada vez son más los estudios que señalan la importancia de considerar los aspectos psicoemocionales de los adultos mayores para brindarles una vida plena, a diferencia de aquellos programas que persiguen únicamente el fortalecimiento físico y cognitivo de los adultos mayores (Ramírez et al., 2014; Soldevila et al., 2005) como forma de reducir sus posibles “debilidades” más que como un planteamiento basado en el desarrollo de sus

fortalezas.

Esto nos lleva a comprender que la vejez exitosa se ha relacionado íntimamente con lograr un sólido sentido de vida que se ha formado tanto por situaciones placenteras como por experiencias dolorosas, lo que refuerza la idea de ponderar los aspectos psicoemocionales de las personas; es aquí donde toma relevancia la resiliencia. Tal es así que, Resnick (2014) señala que para que la resiliencia se desarrolle, el adulto mayor debe presentar una serie de atributos tales como conductas prosociales, autoeficacia, altos niveles de autoestima, espiritualidad, uso del sentido del humor, adecuada creatividad, el tener metas de logro, tener una actitud positiva, flexibilidad, autodeterminación y optimismo; de esta manera se podrán percibir los desafíos presentes como oportunidades de crecimiento.

En general, la resiliencia se ha introducido en la investigación desde hace pocas décadas, y su inclusión viene principalmente de la pregunta en la que se plantea cómo hicieron las personas para sobrevivir psicológicamente a la situación de guerras mundiales o situaciones extremas como haber estado en los campos de concentración Nazi. De aquí que este concepto sea ampliamente estudiado con el fin de comprenderlo y desarrollarlo para el beneficio de las personas (Luthar y Cicchetti, 2000).

La resiliencia es comprendida como la capacidad de resistir el sufrimiento y de superar los traumas psíquicos (Fiorentino, 2008), lo que conlleva a que la persona pueda experimentar situaciones adversas minimizando los efectos negativos, maximizando los positivos y manteniendo una integridad preservada (Jiménez y Arguedas, 2004). Este constructo incluye la capacidad de recuperarse y encontrar un balance psicosocial, sin que ello signifique un proceso devastador sino se convierta en un aprendizaje que fortalezca habilidades y desarrolle la persistencia y creatividad (Aléx, 2010).

También se considera la resiliencia como un estado, que es el resultado de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo, susceptible de ser construido, desarrollado y promovido. Este resultado busca que el individuo desarrolle y maximice sus potencialidades, competencias y despliegue sus recursos, a la vez que estimula su autoestima, favorece las conductas de resolución de problemas a pesar de los riesgos y la adversidad (Fiorentino, 2008).

La propuesta de Resnick (2014) señala que, en base a una visión amplia, existen varios tipos de resiliencia que responden a diferentes situaciones que los adultos mayores pueden tener

que afrontar. Así, se postula que existe una resiliencia de salud general, resiliencia psicológica, resiliencia emocional y resiliencia cognitiva; en la Tabla 1 se señalan como se definen estos diferentes tipos de resiliencia por Resnick (2014).

Tabla 1. Tipos de resiliencia.

Tipo de resiliencia	Concepto general
Resiliencia de salud	Habilidad de afrontar una enfermedad y recuperar un óptimo nivel de salud
Resiliencia psicológica	Capacidad de sobreponerse a los desafíos y evitar la depresión, apatía y otro tipo de resultados psicológicos negativos; por el contrario, se genera crecimiento a través de experiencias desafiantes.
Resiliencia emocional	Habilidad de recuperar la estabilidad emocional luego de vivenciar tiempos difíciles y estresantes en la vida. La persona mantiene la positividad y optimismo a pesar de los estresores de la vida.
Resiliencia cognitiva	Habilidad para superar los cambios notados en la capacidad cognitiva, los comentarios negativos que escucha de los demás, y el estrés asociado al rendimiento cognitivo y el ser avergonzado.

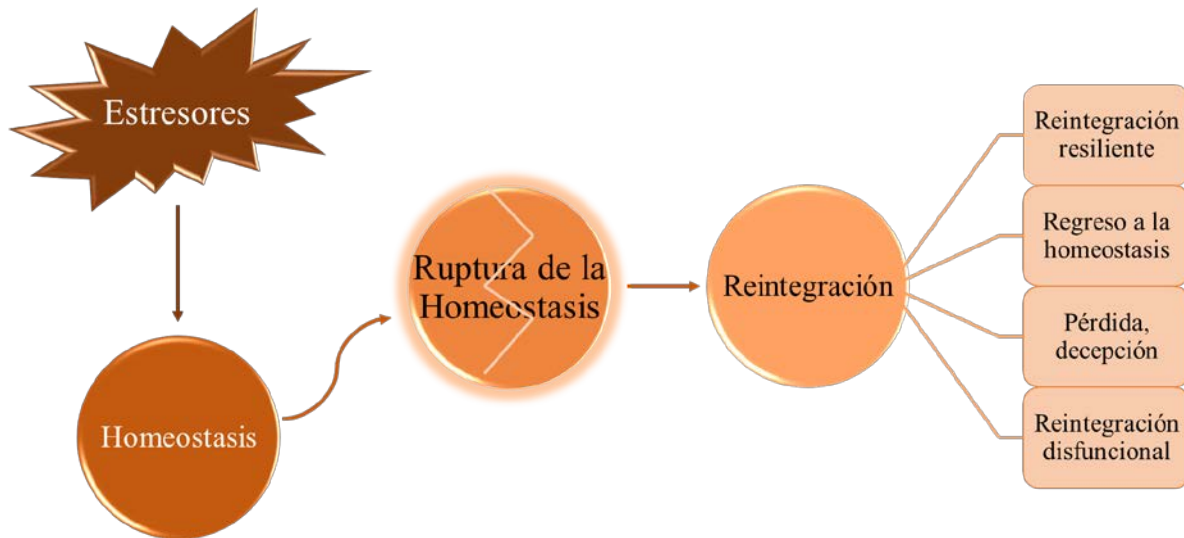
Estudios actuales sugieren que la investigación en resiliencia es particularmente importante en el área de los adultos mayores, puesto que el envejecimiento se caracteriza por situaciones estresantes tales como menor autonomía, disminución cognitiva, y temas referentes a la muerte, tanto propia como de aquellos coetáneos (Caycho-Rodríguez et al., 2018). Estas son, por tanto, situaciones donde se precisa el desarrollo de un adecuado nivel de resiliencia, al tener que ajustarse a esta etapa de la vida optimizando sus recursos.

Nygren et al. (2005) han señalado que la resiliencia en adultos mayores se ha descrito como la flexibilidad y capacidad adaptativa, que contribuye a mantener el funcionamiento independiente y el bienestar en general del individuo. Aléx (2010), confirma esta idea y la amplía, pues en su investigación señala que, la resiliencia es una capacidad que se desarrolla en base a las historias y situaciones de vida que han experimentado, y que está ligada a la sensación de conexión, ya sea con otras personas o de una manera más espiritual, así como con mantener significado e independencia en la vida, en base a una perspectiva equilibrada de la vida.

En este sentido, Resnick (2014) propone un modelo de resiliencia que plantea que cuando una persona se enfrenta a situaciones complejas o desafiantes, tiene la oportunidad de utilizar factores protectores internos como la autoeficacia, la autoestima o la autosuficiencia, así como la salud física y psicológica, o también puede hacer uso de factores protectores externos tales como las redes sociales que ofrecen apoyo, con el fin de recuperar el balance y equilibrio en su vida y así crecer. Esto se comprende como una reintegración resiliente. Sin embargo, el individuo también puede elegir otras opciones, tales como a) reintegrarse al

funcionamiento anterior luego de la presencia de aquel desafío; b) reintegrarse con un sentimiento de pérdida y decepción; o c) volverse disfuncional, siendo incapaz de adaptarse o enfrentar el periodo disruptivo (Figura 16).

Figura 16. Modelo de Resiliencia de Resnick (2014).



Ya Erikson (2000) señalaba que la virtud a desarrollar en los adultos mayores era la sabiduría, lo que mediaba el conflicto entre Integridad y Desesperanza. Para Erikson (1988) la sabiduría incluye la aceptación de la vida que se ha llevado sin grandes arrepentimientos, la percepción, en suma, de que uno ha vivido poniendo “las mejores intenciones” y la preocupación por los intereses comunes y no personalistas. De esta forma, Erikson pone en conexión dos conceptos fundamentales de las últimas etapas de la vida y las acerca al concepto de sabiduría. Derivado de esto, se podría plantear que la resiliencia sería precisamente la variable que permitiría a los adultos mayores recoger los aprendizajes que facilitarían ajustarse a esta etapa de vida (Caycho-Rodríguez et al., 2018) y lograr un envejecimiento exitoso (Resnick, 2014). Estos postulados podrían claramente relacionarse con los aspectos propuestos por Erikson en el tema de lograr Integridad en la vida.

Diversos estudios centrados en la resiliencia han señalado que se correlaciona positivamente con salud física y que, junto con altos niveles de satisfacción con la vida, predicen el bienestar psicológico en el adulto mayor (Christopher, 2000; Wagnild y Young, 1993). Por su parte, se ha reportado que los adultos mayores de más edad mantienen niveles más altos de resiliencia que las personas jóvenes, y en este contexto, la resiliencia ha mostrado

una correlación fuerte y positiva con otros constructos como el sentido de coherencia, sentido de vida y auto trascendencia (Nygren et al., 2005).

Por otra parte, se ha determinado que, en los adultos mayores con enfermedades crónicas, la tendencia en relación a las correlaciones entre los constructos señalados se mantenía, pero, además, se observó una fuerte relación con el constructo de fortaleza interna (Moe et al., 2013). En base a estos estudios se muestra una clara correspondencia con aquellos aspectos que conformarían la denominada Integridad de Erikson.

2.6. Estado de ánimo negativo.

El DSM-5 (APA, 2013), en su aproximación a los trastornos depresivos señala para su diagnóstico una serie de síntomas que deben estar presentes y representan un cambio del funcionamiento previo (disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o pensamientos de muerte recurrentes) pero establece que al menos uno de los síntomas debe ser mostrar un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o existir una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.

Aunque parece clara esta definición, sin embargo, como señalaron Fiske et al. (2009), la depresión en los adultos mayores difiere tanto en formas sutiles como obvias de la depresión en etapas anteriores, idea que corroboran Roda et al. (2011), que señalan que los pacientes de edad avanzada suelen tener síntomas de depresión que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor, pero que, no obstante, son clínicamente importantes. Varios estudios como el de Roda et al. (2011) han demostrado que en adultos mayores existe más dificultades para reconocer los síntomas depresivos, dado que muchos de estos se atribuyen al envejecimiento normal o a una enfermedad física, y por tanto se tiende a ver la depresión como un problema que se puede explicar y no que como una enfermedad objetiva que necesita tratamiento.

Casi el 14% de las personas mayores de 55 años tienen depresión, incluido el 2% con depresión mayor (Kok y Reynolds, 2017), aunque según la revisión de la literatura empírica realizada por Fiske et al. (2009), se puede concluir que la depresión no es una parte normal del envejecimiento. La depresión es menos frecuente entre los adultos mayores que entre los

adultos más jóvenes, pero merece una atención especial porque puede tener graves consecuencias negativas, incluida una mayor carga de enfermedades físicas, deterioro del funcionamiento y riesgo de suicidio. Más de la mitad de los adultos mayores deprimidos tuvieron el primer episodio después de los 60 años, la prevalencia aumenta sustancialmente entre los pacientes mayores de 85 años, en hospitales y en hogares de ancianos (Luppa et al., 2012). Además, se han establecido una serie de factores asociados con la depresión en la vejez que incluyen sexo femenino, enfermedad somática crónica, deterioro cognitivo, deterioro funcional, falta de contactos sociales cercanos, rasgos de personalidad, eventos vitales estresantes y antecedentes de depresión (Kok y Reynolds, 2017).

En esta misma línea, Calderón (2018) señala que, en el contexto ecuatoriano, la depresión en adultos mayores no está claramente identificada, sin embargo, asegura que varios estudios reportan una prevalencia de depresión en adultos mayores que va desde el 12% en población adulta mayor de una región marginal de la Sierra, hasta un 70% en población institucionalizada. La amplitud radica, lógicamente, en diferencias entre las muestras estudiadas, que incluyen variables como la presencia de apoyo social, lugar geográfico de vivienda, tipo de residencia, presencia de enfermedades, etc.

Dezutter et al. (2016) informaron que los mayores síntomas de depresión se presentan en los adultos de edad avanzada, con una prevalencia de hasta el 31%, sobre todo en aquellos individuos que viven en instituciones o residencias. En estos contextos se ha observado que entre el 10% al 15% sufren de depresión mayor, y entre el 20% y 30% experimentan síntomas depresivos.

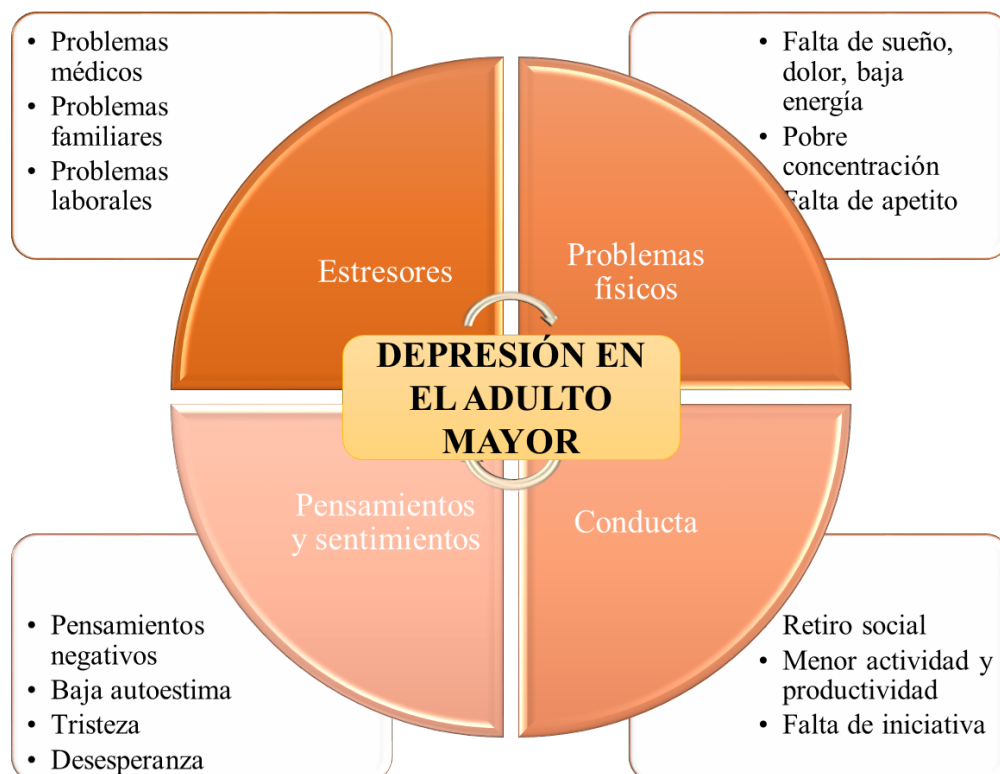
Saint et al. (2014), señalan en su investigación que la depresión en adultos es un factor de riesgo para problemas como enfermedad cardiovascular y mortalidad causada por cáncer, además de enfatizar que este riesgo se mantiene en la vejez a tal punto de generar una menor calidad de vida. En este sentido, se explica que los adultos mayores con depresión tienen un riesgo de muerte dos veces mayor en pacientes con enfermedad cardiovascular preexistente, y un riesgo 2,68 veces mayor en aquellos sin enfermedad preexistente. Por su parte, se encontró que la depresión mayor está asociada con un riesgo 2,05 veces mayor de mortalidad por cáncer en aquellas personas que no reportaron tener previamente cáncer.

Los estudios señalan que el hecho de que las personas presenten depresión, puede llevar

a que disminuyan la calidad y cantidad de conductas saludables, que, a su vez, incrementan el riesgo de morbimortalidad (Saint et al., 2014). Los mismos autores afirman que la depresión se asocia a desesperanza, fatalismo y conductas de riesgo como fumar, beber, realizar menos ejercicio o actividad física moderada, debido a que su percepción del panorama futuro es desalentadora. Por el contrario, cuando las personas con depresión incluyen comportamientos saludables en sus rutinas, se disminuye un 17% la mortalidad por causas no suicidas, además de que disminuye un 3% la mortalidad por enfermedad cardiovascular y hasta un 12% por cáncer.

Así mismo, acorde a estos autores, la depresión se asocia a menores redes sociales, provocando soledad y aislamiento, así como poca adherencia a los tratamientos médicos. Todas estas actitudes nuevamente llevan a que las personas mantengan las conductas poco saludables para tratar de regular los síntomas depresivos y lidiar con los sentimientos negativos, promoviendo un círculo que eventualmente llevará a la mortalidad temprana (Saint et al, 2014). En esta misma línea, Unützer y Park (2012) proponen un modelo conceptual que los profesionales pueden usar para explicar a los pacientes cómo están relacionados los síntomas de la depresión, y lo denominaron como el “Ciclo de la Depresión” (Figura 17).

Figura 17. Ciclo de la Depresión (Unützer y Park, 2012).



Por otra parte, Gellis y Taguchi (2004) señalaron que la depresión en adultos mayores se asocia negativamente con el apoyo social y positivamente con eventos de vida estresantes o negativos, o con historia de depresión en la familia. Ante esto, se ha postulado la idea de que la depresión se asocia positivamente con discapacidad funcional, pero se asocia de manera negativa con el afrontamiento activo (Greenglass et al., 2006).

Dezutter et al. (2016), en su estudio confirmaron que la tarea de Integridad vs Desesperanza propuesta por Erikson, actúa como mediador entre el perdón y la depresión. En este sentido, se señala que la resolución positiva de esta tarea se asocia con niveles más bajos de sintomatología depresiva. En esta línea, Wiesmann y Hannich (2011), señalan que una de las tareas que permiten a las personas mayores alcanzar la integridad es involucrarse de forma activa, es decir, invertir el tiempo de una manera significativa, que incluya la interacción social, la participación con la vida comunitaria y actividades de tipo social en general. Así, el desarrollar tarea propuesta por Erikson se convierte en un factor protector contra la depresión. Por su parte, Han et al. (2015), apoyan esta idea al señalar que los adultos mayores mantienen una buena salud mental al disfrutar de sus actividades de la vida diaria y haciendo actividades placenteras para estimulación y desarrollo.

Dezutter et al. (2020) señalan que su investigación se basó en la comparación de tres grupos de adultos mayores, clasificados de acuerdo a la puntuación en la escala de Integridad - Desesperanza, dando como resultado que, el grupo de personas adultas mayores que puntuaban alto en integridad mostraron pocos síntomas depresivos, contrario al grupo que puntuaba alto en desesperanza, y que mostraba, en efecto, altos niveles de síntomas depresivos, señalando además que se podría tratar de un grupo propenso a desarrollar problemas de salud mental. De la misma manera, en otros estudios se encontró una relación negativa de la integridad con síntomas depresivos y desesperanza (Derdaele et al., 2019).

Han et al. (2015), observaron en sus estudios que uno de los mayores determinantes para un envejecimiento saludable es la presencia o ausencia de depresión. Parece ser que la depresión afecta negativamente este tipo de envejecimiento, demostrando que la salud mental es tan importante como la salud física. De hecho, varios estudios han señalado la cercana correlación entre síntomas depresivos o presencia de depresión en sí y alteraciones de salud o baja percepción de salud entre los adultos mayores (Gellis y Taguchi, 2004; Wang et al., 2017).

Con el fin de tratar la sintomatología depresiva en adultos mayores, varios autores le han apostado a la intervención mediante programas de reminiscencia. En este sentido, se ha confirmado que luego de la aplicación del programa, los adultos mayores han mejorado no solo su sintomatología depresiva sino además otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida, bienestar e integridad (Afonso et al., 2011; Chen et al., 2012; Meléndez et al., 2015a).

2.7. Salud.

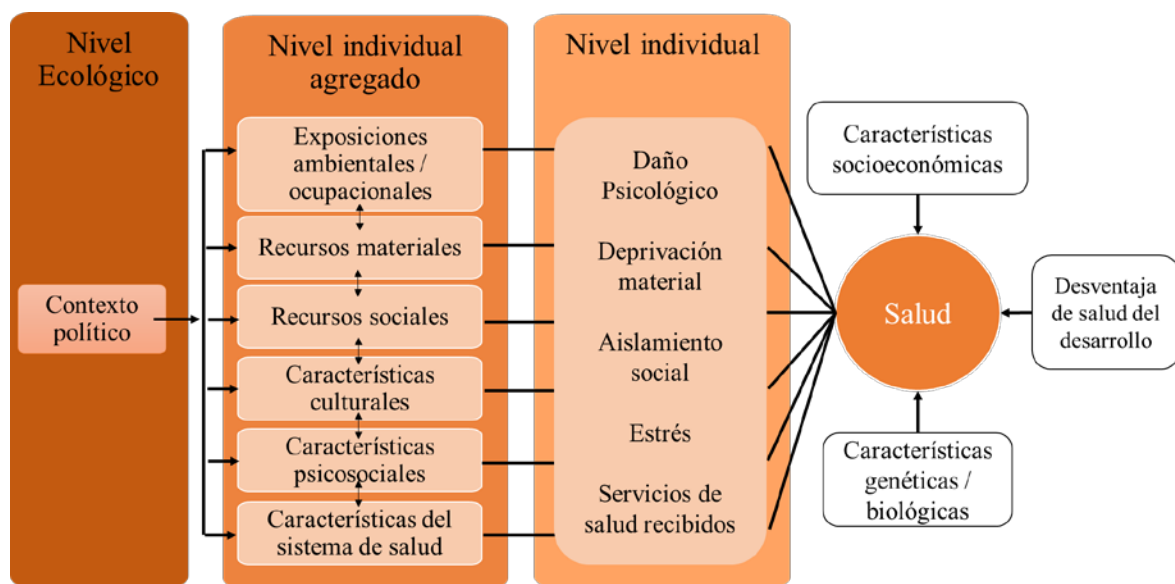
La Organización Mundial de la Salud ha postulado el concepto de salud desde 1946 como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. Sin embargo, León y Berenson (1996) amplían esta definición y señalan lo siguiente “Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente”.

Estudios recientes señalan que la salud abarca tanto aspectos subjetivos, que incluyen el bienestar físico, mental y social, como aspectos objetivos como la capacidad de funcionamiento y, además, aspectos sociales, donde se incluye la adaptación y el trabajo productivo, enfatizando que se trata finalmente de un recurso para la vida diaria y no es el objetivo de la vida (De la Guardia y Ruvulcaba, 2020).

Generalmente se considera que el hablar de vejez es sinónimo de fragilidad y declive de la salud (Acuña y González-Celis, 2010; Starfield, 2002). Esto tiene sentido en tanto las afecciones más comunes de la vejez están relacionadas con disminución de la vista y audición, dolor de espalda y cuello, neumopatías, diabetes, depresión, demencia o presentar cuadros de salud complejos conocidos como síndromes geriátricos (OMS, 2018). Sin embargo, al hablar de salud se debe recordar que ésta no depende exclusivamente de las características intrínsecas del sujeto, sino que además existen una serie de factores determinantes con importante influencia y que tienen un carácter contextual (Figura 18), debiendo por tanto ser considerados los factores ambientales, circunstancias, prácticas individuales, así como políticas de servicio de salud (Starfield, 2002).

En este sentido, uno de los aspectos de intervención que mayor impacto han tenido en los últimos años tiene que ver tanto con la práctica de deporte como con el ejercicio físico en los adultos mayores. De hecho, los estudios apuntan a que los individuos que se mantienen activos en este sentido presentan mejor salud física y mental que aquellas personas que permanecen inactivas (Guallar-Castillón et al, 2004; Notthoff et al., 2017; y esto es real incluso para principiantes).

Figura 18. Factores que influyen en la salud a nivel individual.



Varios autores señalan que un paso importante en el camino a la integridad es el desarrollo de hábitos de salud, de manera que éstos se mantengan como un estilo de vida. Si bien se conoce que la edad conlleva alteraciones físicas debido al proceso propio de envejecimiento, no deja de ser cierto que otros elementos influyen también en la salud de los adultos mayores. En efecto, según la OMS (2018) al hablar de salud se deben considerar factores genéticos del individuo, factores del entorno físico y social, así como factores personales, relacionados con el sexo, etnia, nivel socioeconómico, etc.

En este marco, empieza a tomar sentido el hecho de que, si los adultos mayores practican algunas conductas como el no fumar, estar físicamente activo, mantener un rango adecuado de peso, un consumo moderado de alcohol y chequeos médicos regulares ayudarían en gran medida a mantener una salud funcional, así como una mayor percepción de salud física, llevando todo esto a que se desarrolle un buen nivel de integridad (Wiesmann y Hannich, 2011).

Así también, se ha demostrado que la percepción subjetiva de salud en los adultos mayores está correlacionada con la habilidad de salir solos a lugares distantes, la presencia o ausencia de enfermedades crónicas y de pérdida de peso, la habilidad visual y la habilidad de masticar (Sun et al., 2007).

La autoevaluación de la salud hace referencia a una medida subjetiva del estado de salud del individuo, y ha sido identificado como un predictor de discapacidad o mortalidad en la población de adultos mayores (Sun et al., 2007). Wang et al. (2017) afirman que la salud percibida está muy relacionada con factores demográficos tales como la edad, el lugar de procedencia, el estado civil, enfermedades crónicas, depresión y nivel educacional; esto da cuenta de la variabilidad en la percepción de los individuos de su propia salud. Sin embargo, ya se ha comprobado que la percepción de salud tiene relación muy cercana con la Integridad. Así, por ejemplo, se comprobó que, en el caso de mujeres adultas mayores, la salud tiene una correlación altamente significativa con el concepto de Integridad postulado por Erikson (Newton et al., 2021).

Tal como se mencionó anteriormente, la percepción de la salud, sobre todo al tratarse de los adultos mayores, influye de manera definida en su bienestar o mortalidad. El estudio de Mossey y Shapiro (1982), demostró que aquellos adultos mayores que tenían una percepción más positiva de su salud mostraron mayores niveles de bienestar y menos mortalidad. Incluso se ha mencionado que aquellos adultos mayores que puntúan bajo en su percepción de salud, tienen mayores deseos de morir (Fässberg et al., 2016) y más síntomas depresivos (Wang et al., 2017).

Los estudios de Hampton y Marshall (2000) indicaron que la valoración subjetiva de la salud predice la satisfacción con la vida. Siguiendo esta idea, Woods y Witte (1981) indican que en adultos mayores existe una clara correlación entre la salud percibida y la satisfacción con la vida, aunque esta relación es significativa para mujeres, pero no tanto para hombres. Así mismo, determinaron que la Integridad de los adultos mayores estaba correlacionada de manera positiva y significativa con la salud percibida.

Otros autores, señalan que, aunque la salud es un punto importante en el camino hacia la Integridad, también se ha demostrado que los factores psicosociales tienen un peso importante a la hora de mejorarla, y entre ellos se menciona por ejemplo la autoestima, la

interacción con la familia y la presencia o ausencia de depresión (Jeong y Oh, 2015b).

La participación en actividades físicas ha demostrado ser un buen predictor para la percepción positiva del estado de salud. Así, por ejemplo, un estudio con ancianos coreanos (Jong et al., 2018) comparó si la inclusión de 93 adultos mayores en actividades de estilo baile deportivo, ejercen un efecto diferente al medir el nivel de ego integridad y compararlos con 103 adultos mayores que no participaron en dichas actividades (grupo control). Los resultados de este estudio señalan que aquellos adultos mayores que participaron en el programa de baile reportaron tener una mejor identidad acorde a su edad y como individuo de la tercera edad, y sobretodo, se observó que dichos participantes mejoraron significativamente su sentido de la ego-integridad, demostrando que el bienestar físico que conlleva esta actividad está ligado directamente con el desarrollo de la Integridad.

Finalmente, Hearn et al. (2012) es su estudio señaló que aquellos participantes que mostraron tener ego-integridad, también reportaron tener mejor salud física percibida. Sin embargo, la investigación de Filip et al. (2020) señala que aquellos adultos mayores que muestran tener una integridad dialógica, es decir, que tienden a balancear las experiencias positivas y negativas de la vida, en lugar de tener integridad como resultado de la crisis frente a la desesperanza, muestran peor percepción de salud y una tendencia a sentir emociones negativas.

2.8. Autoeficacia.

La autoeficacia se refiere a la creencia que tienen las personas acerca de sus propias habilidades para realizar conductas que les permita alcanzar un objetivo de forma exitosa (Bandura, 1977).

Bandura (1994) señala que la autoeficacia se desarrolla a partir de cuatro fuentes principales (Figura 19). La primera de dichas fuentes es la experiencia de dominio, conocido también como logro y desempeño de la ejecución. En este punto, el autor se refiere a que la creencia de autoeficacia se conforma cuando una persona experimenta situaciones de éxito, pero no de aquel que se consigue fácilmente, con resultados rápidos, pues de ser el caso, el fracaso socava la creencia de autoeficacia y la persona se desanima con facilidad. Para que la

autoeficacia sea permanente, es necesario experimentar el éxito, pero también se debe atravesar por la superación de obstáculos, de contratiempos y dificultades, lo que lleva a que la persona desarrolle la perseverancia, de manera que cuando la persona se encuentre con dificultades, las pueda superar con fortaleza.

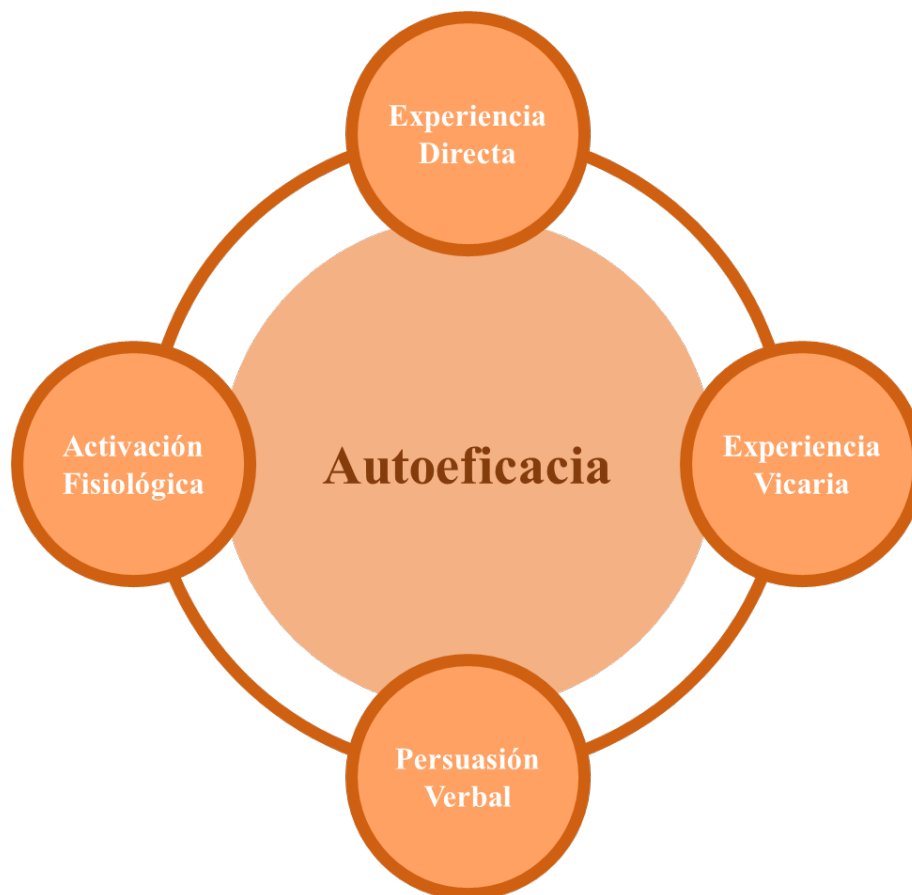
La segunda forma de para crear y fortalecer la autoeficacia es a través de la experiencia indirecta a partir de modelos sociales, conocida también como aprendizaje vicario o por observación. Cuando una persona ve que otra triunfa luego de haberse esforzado la suficiente, genera la creencia de que la persona que observa también puede lograr su cometido al contar con las capacidades para conseguir con éxito actividades similares. Cosa similar ocurre cuando se observa que el modelo fracasa; reduce su propia creencia de autoeficacia y mina los esfuerzos. En este sentido, es importante mencionar que el modelo tiene gran relevancia para este tema, pues a mayor similitud con el modelo, más persuasivo se vuelve. Por ello, usualmente las personas buscan modelos competentes que posean los atributos que aspiran, tanto a nivel de comportamiento como de formas de pensar. Así, un modelo competente es capaz de transmitir al observador el conocimiento necesario, así como las habilidades y estrategias adecuadas para lidiar con las demandas ambientales.

Una tercera forma para fortalecer las creencias de autoeficacia es la persuasión social o persuasión verbal. Cuando a una persona se la persuade verbalmente de que tiene todas las capacidades para tener éxito y dominar ciertas actividades, genera y mantiene un mayor esfuerzo, contrario a lo que ocurre si la persona tiene dudas de sí misma o se enfoca únicamente en sus carencias y debilidades ante los problemas. Cabe recalcar que la persuasión social es más efectiva disminuyendo la creencia de autoeficacia que elevándola, en cuyo caso la persona tenderá a evitar aquellas actividades que considere desafiantes y se rendirá fácilmente frente a las dificultades. De la misma manera, si se hace un aumento poco realista de autoeficacia mediante la persuasión verbal, el fracaso consecuente lo desmentirá. Por ello, no se trata únicamente de transmitir valoraciones positivas, sino además se debe estructurar situaciones que aseguren el éxito antes de exponer a las personas a situaciones para las que no están preparadas aún.

Finalmente, el cuarto camino para desarrollar las creencias de autoeficacia es considerar la reacción emocional y el estado somático de las personas, es decir, reducir las reacciones de estrés y alterar sus emociones negativas modificará sus creencias de autoeficacia.

Eventualmente, las reacciones de estrés y tensión pueden ser consideradas como signos de vulnerabilidad, y, por ende, lleven a un pobre desempeño. Así, por ejemplo, frente a actividades de fuerza y resistencia, cuando la persona tiene cansancio, dolores y molestias se consideran signos de debilidad física, lo que a su vez afecta su juicio de eficacia personal. Por el contrario, un estado de ánimo positivo mejora su autoeficacia. Es necesario señalar que no solo se debe considerar la intensidad de las reacciones físicas y emocionales, sino cómo las personas las perciben e interpretan, puesto que un mismo estado puede ser considerado como facilitador o debilitador. De esta manera se comprende que los indicadores fisiológicos de eficacia influyen en el funcionamiento de la salud y en las actividades atléticas y físicas.

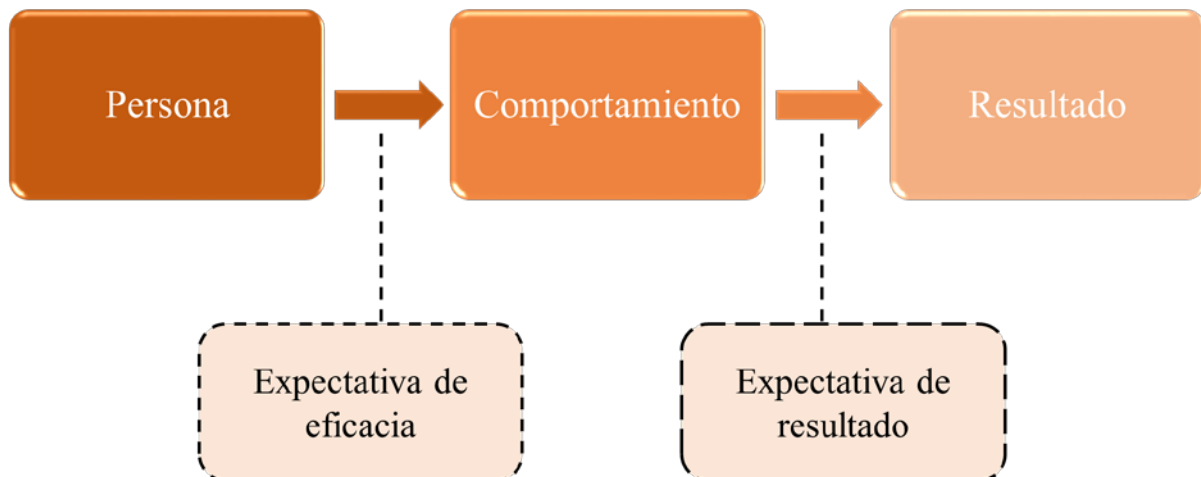
Figura 19. Fuentes de Autoeficacia y fuentes de inducción de cada dimensión.



Ahora bien, en torno a la autoeficacia hay que distinguir claramente dos aspectos importantes, que, si bien se ven relacionados, en realidad son diferentes: a) la expectativa de resultado, que implica la valoración de que con cierto comportamiento se obtendrá un resultado y b) la expectativa de eficacia, que tiene que ver con la convicción de poder realizar cierta

conducta que lleve a un resultado. La diferencia entre ambas se observa en la Figura 20. Esta información resulta importante en tanto la fuerza de convicción que tenga la persona acerca de su efectividad, va a determinar si la persona trata de afrontar una situación dada.

Figura 20. Representación de la diferencia entre expectativa de resultado y de eficacia (Bandura, 1977).



En este sentido, podemos concluir que las creencias de autoeficacia influyen directamente en el comportamiento de las personas. Acorde con Bandura (1977), las personas tienden a evitar situaciones amenazantes, cuando creen que estas sobrepasan sus capacidades, en cambio, sí se involucran en aquellas situaciones en las que se consideran con capacidad de manejar satisfactoriamente. En este sentido, la expectativa de éxito determinará cuánto esfuerzo dedicará y cuánta persistencia tendrá para afrontar obstáculos y experiencias aversivas que se presenten durante el desarrollo. De tal forma, cuando se tiene una percepción de autoeficacia fuerte aparece también mayor esfuerzo incluso hacia aquellas actividades previstas como amenazantes, teniendo una experiencia correctiva que reforzó el sentido de autoeficacia. Sin embargo, se debe recordar que la expectativa de autoeficacia no es lo único necesario para realizar una conducta; se necesita además que la persona tenga destrezas e incentivos para realizar una actividad.

Siguiendo con el tema de las expectativas de eficacia, Bandura (1977) señala que ésta varía en algunas dimensiones. Una de ellas es la magnitud, de manera que cuando las tareas son ordenadas en nivel de dificultad, las expectativas de eficacia pueden estar limitados a las tareas simples, extendido a las moderadamente difíciles o incluir las tareas más exigentes. Otra de las

dimensiones es la generalidad, donde algunas experiencias generan un dominio focalizado, pero otras crean un sentido de eficacia más generalizado, que va más allá de la situación inicial. Finalmente, una tercera dimensión es la fortaleza, puesto que las expectativas débiles se extinguen fácilmente, mientras que las expectativas fuertes harán que las personas perseveren en sus esfuerzos por afrontar situaciones difíciles.

Esta información resulta importante sobre todo en adultos mayores, puesto que la concepción de las competencias de la persona determinará el rumbo de sus acciones hacia diferentes metas (Singh et al., 2010). Se ha evidenciado que aquellas personas que creen que no tienen poder para controlar los sucesos de su vida, no tendrán el más mínimo interés para actuar y afrontar las dificultades, por lo que ni siquiera lo intentarán (Bandura, 1977).

Según Bandura (1987, 1993), las personas que poseen un alto sentido de eficacia personal se perciben a sí mismas como capaces de afrontar situaciones, se esfuerzan de forma más activa y con más persistencia, lo que les lleva a establecer metas desafiantes, frente a las cuales trabajan más fuerte. Se conoce que incluso cuando estas personas fracasan, pueden volver a recuperar su sentido de eficacia rápidamente, mostrando seguridad y dejando atrás sus miedos. De esta manera alientan su interés y pueden disfrutar las actividades que hacen, con menos estrés. Así mismo, en la persona que tiene altos niveles de autoeficacia, los fracasos son atribuidos a un esfuerzo insuficiente, mientras que aquel que tiene un bajo nivel de autoeficacia, los atribuye a poca habilidad o a factores externos (Busot, 1997).

Diferentes estudios han señalado la importancia de la autoeficacia. Por ejemplo, Hoelterhoff y Cheung (2020) han destacado que la autoeficacia está inversamente relacionada con la ansiedad por la muerte y algunas alteraciones psiquiátricas. Así mismo, Qin et al. (2019) alegaron que el desarrollo de la autoeficacia en adultos mayores podría ser una estrategia que ayude a disminuir los efectos de la fragilidad en la satisfacción con la vida. Ilves et al. (2019) afirman en su estudio de un año de seguimiento, que cuando los adultos mayores mejoran sus niveles de autoeficacia, también mejoran su funcionamiento físico, de manera que pueden manejar de una mejor forma las alteraciones como el dolor de articulaciones o las enfermedades crónicas. Esta idea también es desarrollada por Loft et al. (2018), quienes señalan que niveles bajos de autoeficacia llevan a que el adulto mayor tenga, por ejemplo, mayor incidencia de

caídas. De esta manera, se comprende que a pesar de que los adultos mayores puedan tener un nivel funcional negativo, sí podrían optimizar sus capacidades y recursos para apreciar de mejor manera su autoeficacia, logrando así desempeñarse mejor en actividades de la vida diaria y, por ende, un mayor bienestar en esta etapa de su vida (Acuña y González-Celis, 2011).

Como se ha analizado en diferentes estudios, la autoeficacia, además de ser importante y catalogada como fundamental para el envejecimiento exitoso (Pavón, 2015), también ha mostrado relación con variables como el apoyo social (Acuña y González-Celis, 2011), el bienestar general (Toledano, 2016), el bienestar psicológico y la autoestima (Mesa-Fernández, 2019), la salud (Tapia et al., 2017), los diferentes tipos de afrontamiento (Teixeira, 2010). A su vez, dichas variables tienen relación directa con la Integridad, tal como se presentó anteriormente. Esto nos permite suponer que, en efecto, la autoeficacia tiene también una relación cercana o indirecta con la Integridad.

2.9. Gratitud.

El afecto negativo tiende a disminuir con la edad, mientras que los afectos positivos y la satisfacción con la vida tiende a mostrarse estable en la adultez. En este sentido, la gratitud ha sido relacionada con bienestar, salud y relaciones sociales (Allemand y Hill, 2016).

McCullough et al. (2002) definen a la gratitud como un estado cognitivo y afectivo que resulta de la percepción de haberse beneficiado tanto de un aspecto externo como interno, de manera solidaria, desinteresada y libre. Así mismo, la gratitud puede ser expresada hacia una persona cercana, Dios, la naturaleza, etc.

La disposición de gratitud se puede definir como la tendencia generalizada a reconocer y responder con una emoción grata a los roles de benevolencia de los otros hacia uno (McCullough et al., 2002) o como una orientación de vida más amplia que nota y aprecia lo positivo del mundo (Wood et al., 2010). Sin embargo, es importante mencionar que la gratitud no es el equivalente a constructos como optimismo, esperanza, vitalidad, empatía, satisfacción con la vida o felicidad, ni se reduce a ellos.

La gratitud puede ser clasificada en tres niveles de acuerdo al estado afectivo asumido:

a) como rasgo afectivo, donde la persona tiene la predisposición estable de esta respuesta afectiva; b) como emoción o reacción emocional, donde se trata de un cambio breve como respuesta típica del entorno; c) como humor, es decir, como un estado de ánimo, como un estado intermedio entre los dos puntos anteriores (McCullough y Tsang, 2004). Siguiendo con esta idea, se puede mencionar que, al considerar a la gratitud como un rasgo de personalidad, las personas pueden tener la disposición de sentir gratitud, sin importar los eventos que produzcan esta sensación (McCullough et al., 2004).

Otros estudios proponen que la gratitud puede clasificarse o diferenciarse en dos variantes (Kwiatek, 2012). Por un lado, la gratitud personal, similar al concepto anterior, donde el individuo tiene sentimientos positivos hacia el benefactor; por otro lado, la llamada gratitud transpersonal, referida a un sentido general de gratitud que se experimenta en solitario, en base a las experiencias y las cosas que ha vivido. Kwiatek (2012) propone que, para este sentido de gratitud, en cualquiera de sus formas, no es necesario recibir bienes tangibles o conocer al benefactor porque, de hecho, puede ser un ser espiritual.

Finalmente, la gratitud puede ser considerada desde un punto de vista de experiencia introspectiva o como una expresión del comportamiento, siendo posible que ambas formas se experimenten de manera simultánea o por separado, acorde a la situación presente (Pres et al., 2020). De esta forma, la gratitud puede ser sentida y expresada a la vez, o puede ser sentida pero no expresada por diversas situaciones, o finalmente, puede ser expresada sin ser sentida, como en ciertos convencionalismos sociales.

La gratitud provoca que la persona pueda notar y apreciar lo positivo, y en algunos casos se experimenta luego de un evento que amenace la vida, por lo que se considera que inclusive puede mejorar la salud mental y física (Millstein et al., 2016). Se observa que los altos niveles de gratitud están asociados a autoestima más alta, así como a una buena inteligencia emocional (Prés et al., 2020). Por el contrario, aquellas personas con menos gratitud, tienden a ayudar menos a otras personas, su salud es menos favorable e incluso pueden mostrar mayores niveles de hostilidad (Krause y Hayward, 2014). De hecho, se ha comprobado que bajos niveles de gratitud están relacionados de manera positiva con altos niveles de ansiedad de muerte y falta de apoyo social en personas mayores de 60 años de edad, por lo que se señala la importancia

de generar más gratitud en los adultos mayores para disminuir la ansiedad de muerte en los adultos mayores (Poordad et al., 2019).

Algunos estudios señalan que el hecho de que las personas puedan cultivar la gratitud y dirigirla a otros será muy importante para promover relaciones satisfactorias, teniendo como consecuencia bienestar de forma integral, disminuyendo los síntomas depresivos y mejorando el ánimo en general (O'Connell et al., 2017). Otros estudios han relacionado a la gratitud con la sabiduría, pieza que se considera clave en la Integridad postulada por Erikson. De esta manera, se ha evidenciado que la sabiduría tiene relación con las escalas de gratitud, y que aquellas personas denominadas como sabias expresaban de manera más espontánea gratitud por su vida en general (König y Glück, 2014).

Así mismo, otra investigación llegó a la conclusión de que, si se entrena a los adultos mayores en gratitud y *savoring* (enfocar la atención en lo bueno del día a día), se puede observar que las puntuaciones en satisfacción con la vida, felicidad subjetiva y resiliencia aumentan, a la vez que las emociones negativas reducen (Salces-Cubero et al., 2018). Esta investigación fue realizada con un total de 124 adultos mayores, 74 de los cuales eran mujeres. Se trata de población no institucionalizada que asiste regularmente a un centro de cuidado diario.

A diferencia del estudio precedente, Anggraini y Palupi (2020) analizaron los niveles de gratitud en 80 pobladores residentes en Sidoarjo, quienes en 2006 sobrevivieron al desastre natural “*Deslave Lapindo*”, una explosión de gas y lodo que emergió desde la tierra. Como resultado, los autores determinaron que existe una clara relación entre los niveles de gratitud de las personas y el bienestar psicológico en esta población.

La gratitud, entonces, tiene gran importancia en el desarrollo y bienestar del ser humano, por lo que ha tomado gran relevancia en el ámbito de la psicología positiva.

Tal como se ha evidenciado, la gratitud es muy importante en la vida de los adultos mayores, es por ello que se han realizado varias propuestas para desarrollar y promover este afecto positivo. Una de ellas nos señala nueve pasos como parte de un programa educacional específicamente dirigido a adultos mayores (Schlitz, 2017), para promover un envejecimiento saludable, con significado, con bienestar y con calidad de vida (Figura 21).

Figura 21. Pasos del Programa de Envejecimiento agradecido (Schlitz, 2017).



Algunos autores incluso sugieren que la gratitud es importante cuando se trata de ayudar a las personas a afrontar las etapas de la vida a medida que van envejeciendo, pues estimula la resolución de las crisis que pueden surgir (McAdams y Bauer, 2004). De esta manera se observa que la gratitud genera impacto en el bienestar de las personas, amortiguando las emociones negativas y los diferentes estados de los individuos (Salces-Cubero et al., 2018). Sin embargo, varios estudios reportan que la experiencia de gratitud puede variar entre géneros y también en cuanto a edad se refiere.

Así por ejemplo en Polonia, se realizó un estudio con 576 personas desde los 13 a los 86 años, para determinar el nivel y la forma de gratitud que presentan (Prés et al., 2020). Los resultados demostraron que las mujeres tuvieron un mayor puntaje en niveles de gratitud que los hombres, y lo expresaban al mostrarse listas para ayudar a otros, optaban por ofrecer ayuda en el futuro, o dar un pequeño presente o una invitación a comer como forma de retribución y expresión de gratitud. Los hombres, por el contrario, optaban por pagar al benefactor con dinero o simplemente agradecer de forma verbal para mostrar gratitud.

Estos datos son confirmados por otro estudio que no solo estudió las diferencias entre sexo biológico, sino que también indagó en el género socio-cultural. Skalski y Pochwatko (2020) realizaron un estudio con 238 participantes para analizar los niveles de gratitud y la orientación positiva (una mezcla de optimismo, autoestima y satisfacción con la vida). Los autores llegaron a la conclusión de que la feminidad está asociada con mayores niveles de gratitud. Esto quiere decir tanto las mujeres como aquellas personas que se identificaban con el

género femenino mostraron mayores niveles de gratitud que su contraparte masculina.

En cuanto a la edad, en el estudio de Prés et al. (2020) se observó que los mayores niveles de gratitud lo obtuvieron los adultos jóvenes, y los que menos gratitud mostraron fueron los adolescentes. En cuanto a los adultos mayores, se sugiere que su nivel de gratitud obedece a factores sociales, en donde ellos esperan que se les brinde ayuda y apoyo tanto emocional como material por parte de sus familiares, por lo que podría mal interpretarse ante los demás como falta de gratitud (Prés et al., 2020).

Tal como se ha señalado, son muchos los factores que se han relacionado con la Integridad, demostrando mediante varios estudios la relación que se establece y que sería el camino para que los adultos mayores tengan un envejecimiento exitoso, con buena calidad de vida y sobre todo, resolviendo la crisis que Erikson señalaba.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODO

1. Objetivos e hipótesis.

Esta tesis doctoral tiene como objetivo principal la generación de un modelo estructural que dé cuenta o exponga cuáles son las variables psicológicas que llevan a predecir la Integridad, concepto propuesto por Erikson (1984). Esta propuesta será desarrollada en adultos mayores ecuatorianos, a través de medidas de autorreporte que presenten correctas propiedades psicométricas y de fiabilidad.

El primer objetivo pretende realizar un análisis psicométrico de las escalas a aplicar, acorde con el constructo básico que persiguen. Debe tenerse en cuenta que, aunque estas escalas están adaptadas al castellano, en alguno de los países de habla hispana su adaptación al país y población específica es un primer paso para el desarrollo de los siguientes objetivos. En este sentido, cada escala será analizada buscando obtener una confiabilidad adecuada mediante el estadístico del alfa de Cronbach (α). Además, se analizará cada escala en base a análisis factorial confirmatorio (AFC) que dé cuenta de la dimensionalidad de la escala a estudiar. En este objetivo, se hipotetiza que todas las escalas, en conjunto, darán como resultado un protocolo con confiabilidad aceptable para esta investigación (H1).

El segundo objetivo pretende, entre aquellas medidas psicológicas que hayan podido ser adaptadas, estudiar el signo con se relacionan, así como analizar si existen diferencias en función de algunas variables sociodemográficas relevantes. Por lo que se refiere a las correlaciones, se espera que la medida de depresión y las dimensiones del afrontamiento orientadas a la emoción muestren una relación negativa y significativa con las demás variables (resiliencia, satisfacción, autoeficacia, gratitud, etc.), mientras que estas otras variables se relacionaran de forma significativa y positiva entre ellas (H2). En relación a las variables sociodemográficas, fueron consideradas para esta investigación el género y la edad. En el marco de este objetivo se pretenden aplicar MANOVAS para estudiar si estas variables muestran efectos diferenciales en las distintas escalas aplicadas (H3). En este sentido, se hipotetiza que existirán diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres siendo las mujeres quienes más usen las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, especialmente las de religión y autofocalización negativa (Meléndez et al., 2012), pero estas diferencias no se expresarán en cuanto a las dimensiones de integridad y desesperanza (Hearn et al., 2012), ni las del sentido de coherencia (Dezutter et al., 2013). En cuanto a la edad, se esperan observar diferencias en relación a las estrategias de afrontamiento, especialmente entre los grupos de mayor edad, quienes usarán más estrategias enfocadas en la emoción (Meléndez et al., 2012). También se prevé que el grupo de mayor edad presente niveles más altos de integridad y de sentido de coherencia (Eriksson y Lindström, 2005), en comparación con los grupos de menor edad. Finalmente, se pondrán en consideración los niveles de satisfacción con la vida y de resiliencia, donde se espera que, a mayores niveles de estos dos constructos, habrá mayores niveles de integridad (Dezutter et al, 2020), mayor uso de estrategias orientadas a la solución del problema (Sharif y Khanekharab, 2017), así como de sentido de coherencia (Derbis y Jasiński, 2018).

El último objetivo consiste en poner a prueba un modelo estructural predictivo de Integridad en Adultos Mayores. Este es un objetivo ambicioso en tanto no se reporta en la literatura que exista un modelo de predicción. Sin embargo, esta investigación se guía por la hipótesis de que, la Integridad se predecirá de manera positiva por la autoeficacia, las dimensiones del sentido de coherencia, la gratitud, las dimensiones del afrontamiento orientadas a la solución del problema y la resiliencia (H4); mientras que, las dimensiones del afrontamiento orientadas a la emoción y la depresión, mostrarán una relación negativa (H5).

Este objetivo se basa en los postulados de la Psicología Positiva, que busca enfocarse

en las fortalezas y virtudes de la persona, en lugar de lo patológico y los aspectos negativos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), generando así la salud positiva. De esta manera, se plantea el estudio de la Integridad como uno de los aspectos del bienestar integral de las personas, puesto que se afirma que la salud positiva, en adultos mayores, predice la longevidad con calidad de vida, una mejor salud mental e inclusive, un mejor pronóstico en caso de enfermedad (Seligman, 2008).

2. Método.

2.1. Participantes.

Este estudio consideró a la población de adultos mayores de Cuenca, Ecuador, que participan en actividades diversas o en agrupaciones específicas para personas jubiladas, pero que no se encuentran en situación de institucionalización, como, por ejemplo, geriátricos o casas de cuidado diurno.

Como criterios de inclusión, todos los adultos mayores deben tener más de 60 años, vivir de manera independiente, así como no mostrar dificultades al realizar actividades de la vida diaria. Así mismo, ninguno debía mostrar signos de alteraciones neurocognitivas, psiquiátricas, ni alteraciones físicas que les impida el acceso a los reactivos presentados. Todo esto se evidenció en la historia clínica que reposa en el archivo personal del centro al que asiste cada sujeto y además se usó la Escala Global de Deterioro (GDS; Reisberg et al., 1985) para corroborar la información y detectar posibles deterioros cognitivos, siendo incluidos aquellos sujetos con GDS de 2 o menos.

Dentro de los criterios de exclusión se considera a aquellas personas con síntomas depresivos moderados. Esto se evidenció acorde a la puntuación obtenida en la escala CES-D (*Centre for Epidemiologic Studies Depression*; Radloff, 1977), siendo el punto de corte establecido de 28, tal y como algunas investigaciones señalan para adultos mayores sin deterioro cognitivo (Ros et al., 2011).

Inicialmente se partió de una muestra de 433 sujetos; al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 22 fueron eliminados del estudio debido a que superaban el punto de corte de la

CES-D, seis fueron eliminados debido a que al analizar los criterios de la GDS se sospechó que pudiese existir un deterioro leve o moderado, finalmente aquellos sujetos que dejaron más de un 30% de las pruebas sin completar también fueron eliminados, siendo once participantes. Bajo estos criterios, finalmente se obtuvo una muestra total de 394 adultos mayores, de los cuales 274 eran mujeres y 120 eran hombres. Todos ellos tienen edades comprendidas entre los 60 y 90 años ($M = 70,73$; $SD = 6,62$). La edad fue agrupada en torno a 3 grupos, en base a lo estipulado por el Instituto Nacional de Geriátrica, donde, los sujetos de 60 a 74 años son consideradas adultos mayores jóvenes; de 75 a 84 años son adultos mayores ancianos; y de 85 a 94 años son adultos mayores muy ancianos (Figura 22). Al considerar el estado civil de la población de estudio, 50,3% de los sujetos señalaban estar casados, 22,8% eran viudos, 15,5% estaban divorciados, 9,1% se declararon solteros, y el restante 2,3% se declararon en unión libre o algún otro estado no contemplado en esta lista.

Figura 22. Edad en rangos.

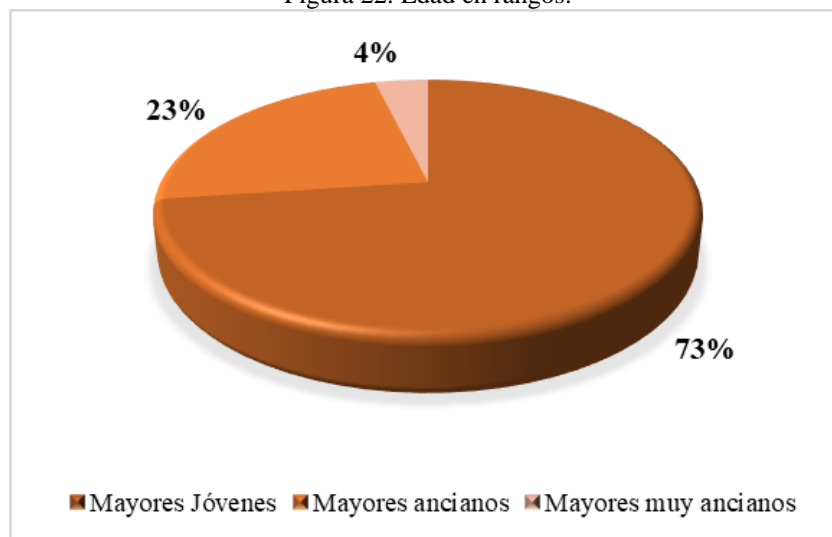
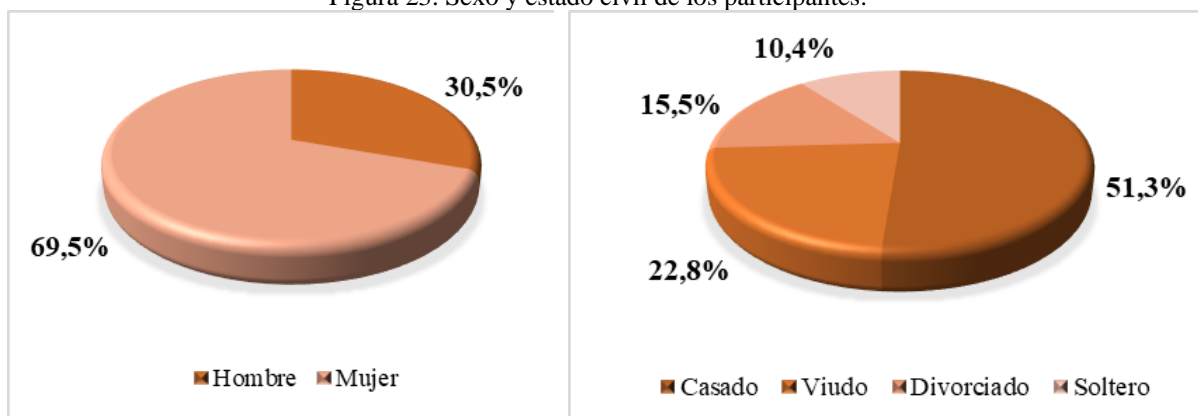
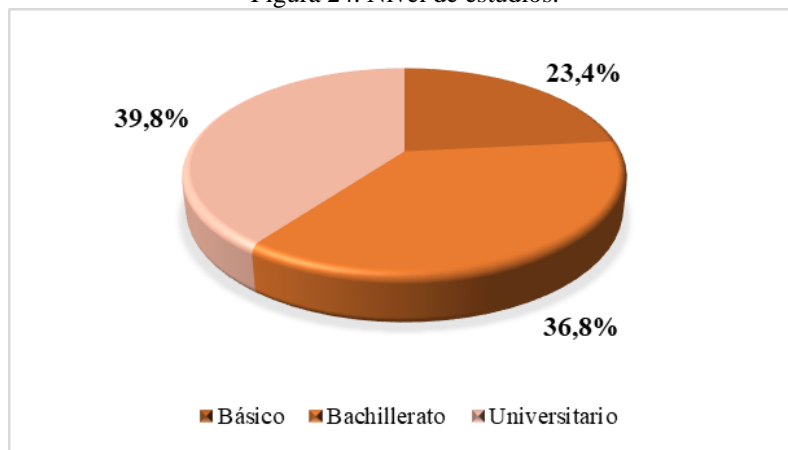


Figura 23. Sexo y estado civil de los participantes.



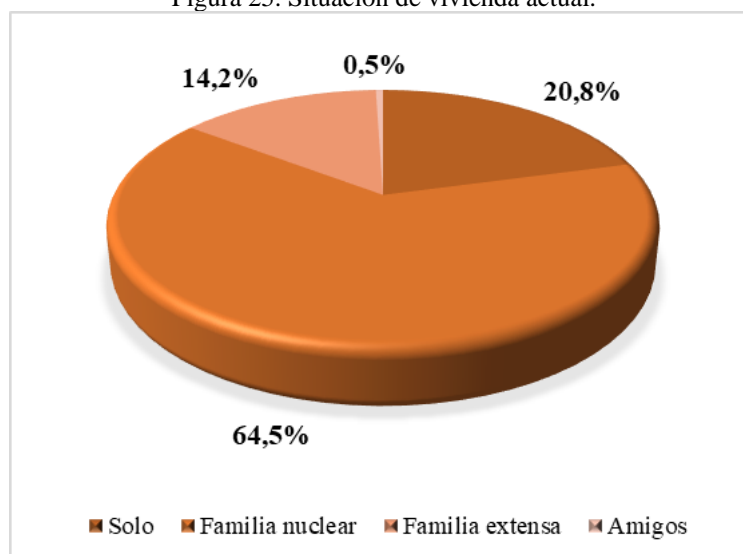
En cuanto al nivel educativo de la población de estudio, el 23,4% tenía un nivel de educación básica, el 36,8% completó el nivel de Bachillerato, el 39,8% terminó una licenciatura en la Universidad o posee un título superior. Es importante mencionar que, aunque muchos de los sujetos de estudio se encontraban jubilados, se reportó que un 11,9% de ellos aún se mantienen activos económicamente con trabajos de libre ejercicio, mientras que el 88,1% restante, señala que ya no trabaja.

Figura 24. Nivel de estudios.



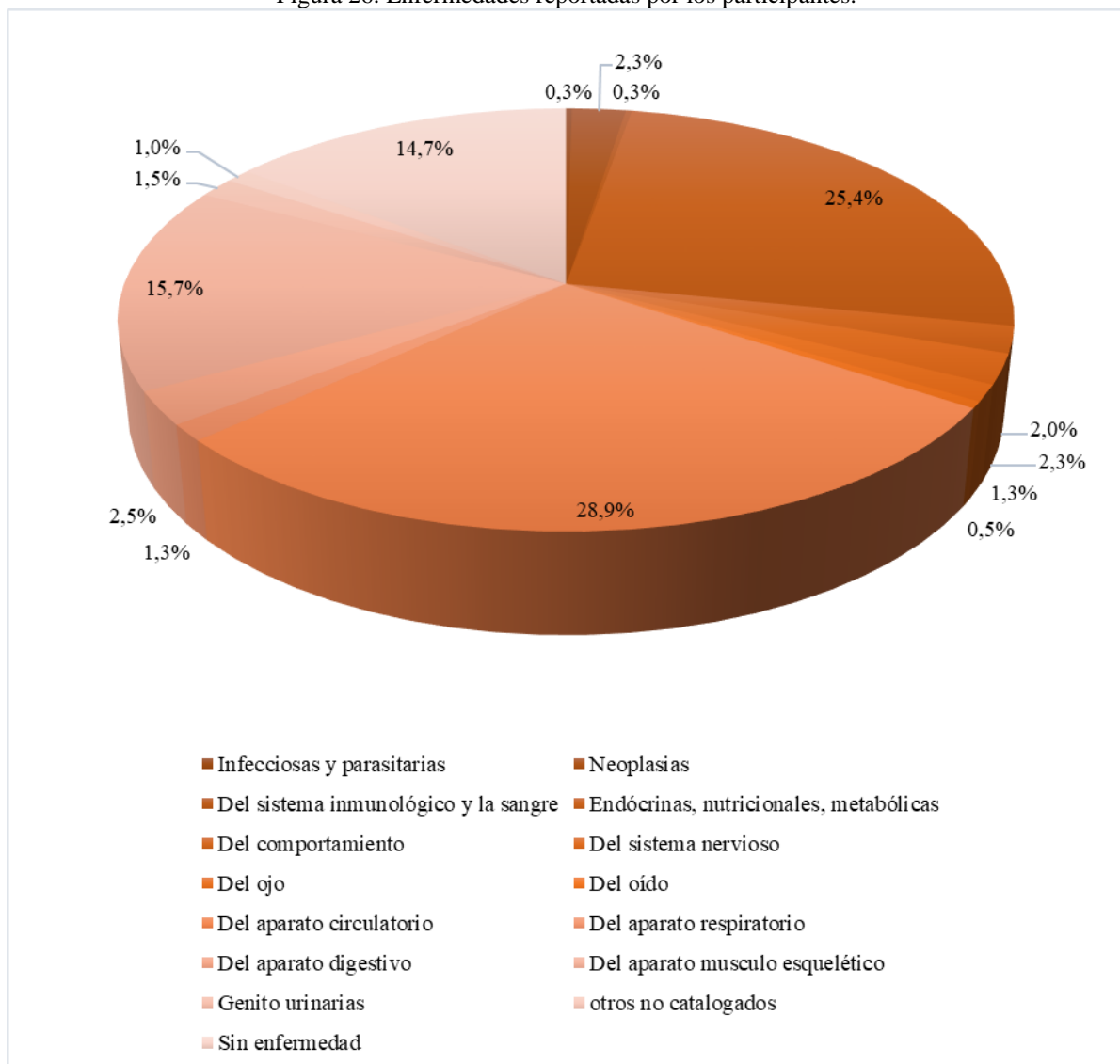
Al indagar un poco más acerca de los datos sociodemográficos, los adultos mayores también reportaron con quienes viven. De esta manera, 64,5% señalaron que viven con su familia nuclear, que incluye pareja e hijos; 20,8% viven solos; 14,2% viven con su familia extensa, es decir, viven con hijos, nietos, sobrinos, etc.; y solo un 0,5% reportó vivir con amigos u otras personas que no eran familiares.

Figura 25. Situación de vivienda actual.



En cuanto al área de salud, un 85% de los sujetos señaló tener alguna afección de salud o enfermedad, del mismo modo y en porcentaje similar, el 85,3% de los participantes toman algún tipo de medicamento. Las enfermedades que presentan los sujetos han sido agrupadas acorde a la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y se visualiza en la Figura 26. Destaca un 28.9% de sujetos que presentan enfermedades relativas al sistema circulatorio, como por ejemplo Hipertensión Arterial. Sigue un 25,4% de sujetos que presenta alteraciones endócrinas, nutricionales o metabólicas, donde se tiene, por ejemplo, la Diabetes. Se contempla que un 15,7% de personas del estudio reportan enfermedades del aparato músculo – esquelético, como, por ejemplo, Artritis.

Figura 26. Enfermedades reportadas por los participantes.



2.2. Procedimiento.

Con el fin de dar inicio a la investigación, el primer paso consistió en construir el protocolo que se aplicaría a los participantes. De esta manera, se planteó una cuidadosa selección en base a una revisión teórica previa y teniendo en cuenta como criterios que las pruebas estuvieran adaptadas al castellano en cualquiera de los diferentes países del contexto hispano-americano y a poder ser que lo estuvieran en población de adultos mayores. En este protocolo se incluyó también un apartado con datos sociodemográficos que ayudarán a definir de mejor manera a la muestra. Con este protocolo se realizó un pilotaje, aplicándolo a 10 personas con el fin de garantizar que dicho protocolo fuera comprensible y estuviera libre de errores. Además del protocolo, en este paso también se diseñó el consentimiento informado, de manera que se asegurase que todos los adultos mayores tuvieran una participación voluntaria y el conocimiento adecuado.

Como segundo paso en este proceso, se procedió a la recolección de la muestra. Para ello, se contactó con diferentes centros de la ciudad de Cuenca, Ecuador, a donde los adultos mayores acudían para realizar diferentes actividades, sin que se tratara de adultos mayores institucionalizados; por tanto, se aplicó un muestreo no probabilístico. Una vez que se contó con la autorización de los directores de los centros, se procedió a explicar a los adultos mayores el objetivo de la investigación. De esta manera, luego de responder todas las inquietudes que surgían y garantizar el anonimato, se procedió con la firma del consentimiento informado.

El tercer paso de la investigación consistió en la aplicación del protocolo elaborado. Se acudió a los centros en donde los adultos mayores se reunían y, de acuerdo a la disponibilidad de cada sujeto, luego de la firma del consentimiento informado se procedía con el completado del protocolo mediante una entrevista individual entre el sujeto y un evaluador entrenado, también se optó por el registro grupal del protocolo, dirigido por un entrevistador, o, por el contrario, si el adulto mayor lo prefería, se procedía con el autorregistro del protocolo. El llenado del protocolo tuvo lugar en salas con adecuada iluminación y ventilación, de manera que se pueda trabajar en un espacio saludable. La administración del protocolo completo tuvo una duración media de 45 minutos.

2.3. Instrumentos.

Encuesta sociodemográfica: Se trata de una serie de ítems que pretende recoger algunos datos de los participantes tales como edad, sexo, nivel de estudios, presencia de enfermedades y toma de medicamentos, tipo de vivienda, situación laboral actual y círculo social con el que convive a diario. Esta es una herramienta de elaboración propia acorde a las necesidades del estudio.

Global Deterioration Scale o Escala de Deterioro Global (GDS; Reisberg et al., 1985). Se trata de una escala que establece y describe siete fases diferenciadas de deterioro que van desde la normalidad hasta la enfermedad de Alzheimer en sus grados más severos, quedando definidos sus estadios de la siguiente manera: 1. Ausencia de Déficit Cognitivo; 2. Déficit Cognitivo muy leve; 3. Déficit Cognitivo leve; 4. Déficit Cognitivo moderado; 5. Déficit Cognitivo moderadamente severo; 6. Déficit Cognitivo severo; y 7. Déficit Cognitivo muy severo. Esta escala se aplicó con el fin de determinar la idoneidad neuropsicológica de los participantes en este estudio.

Centre for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D; Radloff, 1977). Es un instrumento de tamizaje o cribado para la detección de depresión o estado de ánimo deprimido con base en su sintomatología, considerando los aspectos más relevantes del trastorno como el afecto depresivo aumentado, el afecto positivo disminuido, la actividad somática alterada y los problemas interpersonales. La CES-D adaptada al español por Latorre y Montañés (1997), es una escala de autoinforme que consta de 20 ítems que se responden acorde a la frecuencia con que él ha experimentado cada ítem en la última semana. De esta manera, ante cada síntoma presentado tiene las opciones de “Ninguna Vez” (0 puntos); “Pocas Veces” (1); “Bastantes veces” (2); “Muchas veces” (3). Es importante mencionar que existen 4 ítems (4, 8, 12 y 16) en el cuestionario que señalan síntomas positivos, por lo que tienen puntaje inverso al señalado anteriormente.

Considerando todo esto, la puntuación máxima de la prueba es de 60 puntos, de manera que mientras mayor sea la puntuación obtenida, mayor será el estado de ánimo depresivo o la presencia de síntomas depresivos. En la literatura en general, así como en la versión en castellano se ha sugerido que el punto de corte sea de 16 puntos en población general, sin embargo, otros estudios sugieren que el punto de corte puede ser de hasta 28 en adultos mayores

sin deterioro cognitivo (Ros et al., 2011).

Algunos trabajos como el de Smarr y Kefer (2011) han señalado la dimensionalidad de la escala CES-D mostrando una estructura de cuatro factores: a) afecto deprimido; b) afecto positivo; c) problemas somáticos y actividad retardada; d) problemas interpersonales. Se ha evidenciado que la escala presenta una buena consistencia interna con puntuaciones alfa de 0,85 para población sana y 0,90 para la población psiquiátrica, con una sensibilidad del 80-90% con un punto de corte entre 13 y 21 puntos (Smarr y Kefer, 2011).

Satisfaction with Life Scale o Escala de Satisfacción con la Vida. (SWTL; Diener et al., 1985). Esta escala evalúa el bienestar subjetivo, específicamente, en la medición de la satisfacción con la vida. Ésta se evidencia a través del juicio cognitivo que hace la persona sobre su vida, buscando que se haga una evaluación general de lo logrado en la vida y de su satisfacción al respecto.

Este instrumento está compuesto por 5 reactivos que evalúan el juicio acerca de qué tan satisfecho se está con la vida actual. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert que va de 1 “Totalmente en desacuerdo” a 7 “Totalmente de acuerdo”. El puntaje total equivale a la sumatoria de los ítems, y va de 5 a 35 puntos posibles. Acorde con Pavot y Diener (2013), una puntuación de 30 a 35 en esta escala implica que la persona está altamente satisfecha, ama su vida y disfruta mucho de ella. Una puntuación de 25 a 29 señala que, para la persona, las cosas son buenas en general. De 20 a 24 puntos indican un puntaje medio, donde hay satisfacción en general, pero también hay algunas áreas que podrían mejorar. De 15 a 19 puntos implica que la persona está ligeramente por debajo de la media de satisfacción con la vida, mostrando que tiene pequeños problemas en varias áreas de la vida. De 10 a 14 puntos indica que la persona está insatisfecha con la vida, y existen problemas severos en algunas áreas. Finalmente, de 5 a 9 puntos indican extrema insatisfacción, y corresponde a aquellas personas totalmente infelices con su vida actual.

En cuanto a su estructura, se señala que se trata de una escala unifactorial, y que tiene un valor alfa de 0,87 en su versión original. Para el presente trabajo se utilizó la versión al castellano de Atienza et al., (2000), que también presentó una estructura unifactorial y un valor alfa de 0,84.

Brief Resilient Coping Scale o Escala de Resiliencia (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004).

Los autores desarrollaron esta escala para evaluar un patrón de afrontamiento resiliente como reflejo de un modelo de resolución activa de problemas. Con esta prueba se espera que, las personas que obtengan puntuaciones elevadas tengan en vista un objetivo, crean en su capacidad para afrontar situaciones adversas y, por lo general, tengan éxito ante los desafíos que se presenten (Sinclair y Wallston, 2004). Esta escala fue adaptada al castellano en población de adultos mayores por Tomas et al. (2012).

La prueba consta de cuatro preguntas que tratan de evaluar las tendencias para afrontar el estrés de una manera altamente adaptativa. Cada pregunta se valora a través de una escala Likert que va de 1 a 5, donde 1 implica que el ítem no describe al sujeto y 5 significa que le describe muy bien. El sumatorio total de los ítems es de entre 4 y 20 puntos, y se ha mencionado que un puntaje de 4 a 13 equivale a sujetos con baja resiliencia; de 14 a 16 puntos indica un nivel medio de resiliencia; de 17 a 20 puntos indica un nivel alto de resiliencia (Sinclair y Wallston, 2004).

General Self-Efficacy Scale o Escala de Autoeficacia General (GSES; Schwarzer y Jerusalem, 1995). Esta escala fue diseñada para evaluar el sentido percibido de autoeficacia general, con el objetivo de predecir el afrontamiento a los inconvenientes diarios, así como la adaptación luego de experimentar eventos vitales que generan estrés. La autoeficacia percibida es la creencia de que uno puede realizar tareas nuevas, difíciles, o afrontar la adversidad en varios dominios. Esta creencia ayuda a que la persona pueda plantearse objetivos, haga el esfuerzo de alcanzarlos, muestre perseverancia ante los obstáculos y pueda recuperarse de los reveses, por tanto, puede inferirse como un factor de recurso positivo. La autoeficacia percibida, tal como se presenta en esta escala, se relaciona con la conducta posterior, por tanto, es relevante para la práctica clínica y el cambio de conducta.

Esta escala diseñada para ser usada en población adulta general, consta de 10 ítems puntuados mediante una escala Likert. Cada ítem se refiere a una forma de afrontamiento exitoso e implica un atributo de éxito interno y estable. Para la contextualización de la investigación se utilizó la Escala de Autoeficacia General adaptada al contexto ecuatoriano (Bueno-Pacheco et al., 2018), donde la escala Likert fue modificada para facilitar su comprensión, según se señala: 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Muchas veces, 4 = Siempre. La suma total de las respuestas a los 10 ítems lleva a un puntaje entre 10 y 40 puntos. No es

necesario recodificar ningún ítem.

La versión original reportó buena consistencia interna, señalando un valor alfa de entre 0,76 y 0,90 en muestras de 23 países; la versión ecuatoriana tiene una excelente consistencia interna, con un alfa de 0,91, y muestra una estructura unidimensional, tal como la escala original.

Northwestern Ego-integrity Scale o Escala de Integridad de Northwestern ((NEIS; Janis et al., 2011). La escala busca señalar la concepción de Erikson de la octava etapa del desarrollo. Es entonces un cuestionario de 15 ítems que mide la integridad y la desesperanza, que se puntúa en una escala de Likert donde el sujeto señala grado de acuerdo o desacuerdo con las frases planteadas, tales como “He llegado a un punto donde puedo aceptar los acontecimientos de mi vida como necesarios” u “Ojalá tuviera más tiempo para tomar un camino diferente en la vida”, en una escala que va desde un puntaje de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) (Klejin et al., 2016). Los ítems que miden la integridad son 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13 y 15, mientras que los ítems que miden desesperanza son 2, 5, 8, 11 y 14.

Acorde con el estudio de Westerhof et al. (2017), la escala tiene una estructura de dos dimensiones que no están relacionadas: Ego integridad, con un valor alfa de 0,74, y Desesperanza, con un valor de 0,75. De esta manera, los ítems que conforman el factor de integridad son 6, 7, 10, 13 y 15, mientras que el factor de desesperanza está formado por los ítems 2, 5, 8 y 14, formando un modelo de 9 ítems en total.

Sense of Coherence Scale o Escala de Sentido de Coherencia (SOC; Antonovsky, 1993). Se trata de un instrumento que evalúa la capacidad de percibir experiencias vitales que permiten actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. Según Antonovsky (1993), el constructo general presenta tres dimensiones: comprensibilidad (interpretar de forma estructurada, predecible y explicable los estímulos tanto internos como externos); manejabilidad (percibir que se dispone de los recursos necesarios para dar respuesta a las demandas planteadas por tal estimulación); y significación (el individuo entiende esas demandas como desafíos merecedores de esfuerzo e implicación).

Con base a este fundamento teórico, la escala de evaluación está compuesta de 13 ítems dispuestos para su contestación con una escala Likert que puntúa desde 1 a 7, con preguntas de forma afirmativa o negativa. De esta manera, los ítems 1, 4, 7 y 12 forman la significatividad;

los ítems 3, 5, 10 y 13 forman la manejabilidad; los ítems 2, 6, 8, 9 y 11 forman la comprensibilidad. Es importante tomar en cuenta que los ítems 1, 2, 3, 7 y 10 tienen un sentido negativo, por lo que deben ser reversados (Lizarbe-Chocarro et al., 2016). Esta medida se ha mostrado especialmente informativa en poblaciones envejecidas (Virués-Ortega et al., 2007).

Para esta investigación, se tomó la versión adaptada a población española de Virués-Ortega et al., (2007). En esta escala, la consistencia interna fue adecuada, con un valor alfa de 0,80. Al respecto de la estructura de la escala, se considerará la propuesta realizada por Lizarbe-Chocarro et al., (2016), que sugieren que sí pueden considerar los tres factores propuestos originalmente, pero con una configuración diferente de los ítems. De esta manera, el primer factor, que hace referencia a la comprensibilidad, está formado por los ítems 5, 6, 8, 9, 11 y 13; el segundo factor comprende los ítems 1, 4, 7, 10 y 12, formando la significancia; finalmente el tercer factor corresponde a la manejabilidad, y está formado por los ítems 2 y 3.

The Gratitude Questionnaire –Six Item form– o Escala de Gratiitud versión de 6 ítems (GQ-6; McCullough et al., 2002). Se trata de una escala que permite la evaluación de la disposición de gratitud de las personas, y permite reconocer ciertos aspectos positivos de la vida con respecto a la gratitud. La disposición de gratitud es definida como una tendencia general a reconocer y responder con emoción de gratitud a las acciones de benevolencia de otros, en las experiencias positivas que uno obtiene.

La escala consta de 6 ítems que se expresan en sentido positivo “Tengo tanto en la vida por lo que estar agradecido”, como en sentido negativo “Cuando observo el mundo, no veo mucho por lo que sentirme agradecido”. Cada ítem se puntúa en una escala de Likert que va de 1 “Totalmente en desacuerdo” a 7 “Totalmente de acuerdo”. Para la puntuación total, se deben sumar todos los ítems, considerando que los ítems 3 y 6 deben ser reversados. La puntuación total varía entre 6 y 42, y los autores señalan que un puntaje de 35 o menos, corresponde al percentil 25; hasta 38 corresponde al percentil 50; 41 está dentro del percentil 75 y con 42 puntos se encuentra en la cumbre del percentil. Personas con puntuaciones altas en este cuestionario reportan sentirse más agradecidas y apreciativas por los beneficios que han recibido en su relación con otras personas, a comparación de aquellas personas que puntúan bajo la media en el cuestionario. Se ha señalado que el valor alfa de este cuestionario tiene un rango de 0,76 a 0,84.

Para esta investigación se tomó la versión en español realizada por Cabrera-Vélez et al. (2019), considerando tan solo 5 ítems.

Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CAE; Sandín y Chorot, 2003). El objetivo de este cuestionario es evaluar siete estrategias básicas de afrontamiento que reflejan la tendencia del individuo a reaccionar de una manera determinada en presencia de un factor de estrés. Las siete estrategias de afrontamiento son las siguientes: (1) búsqueda de apoyo social: estrategias de apoyo en otros para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo (“procuré que algún familiar/amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos”); (2) expresión emocional abierta: estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen el proceso de estrés (“descargué mi mal humor con los demás”); (3) religión: estrategias en las que se recurre a pensamientos religiosos, a la iglesia o a Dios para modificar la situación estresante o sentir algo de consuelo (“tenía fe en que Dios remendaría la situación”); (4) Solución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a el estrés modificando la situación que lo produce (“traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados”); (5) evitación: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamiento o conductas relacionadas con el acontecimiento estresante (“traté de olvidarme de todo”); (6) autofocalización negativa: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su manejo inadecuado (“me resigné a aceptar las cosas como eran”); (7) reevaluación positiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante (“me di cuenta que otras cosas diferentes al problema eran más importantes para mí”).

Se trata entonces, de una medida de autoinforme que consta de 42 ítems con respuestas tipo Likert que se presentan en una escala gradual que se expresa así: “Nunca [0]”; Pocas Veces [1]”; “A Veces [2]”; “Frecuentemente [3]”; “Casi siempre [4]”.

Para esta investigación se consideró el estudio en población mayor española por Mayordomo et al. (2015), que señalan que esta escala tiene una estructura de dos dimensiones generales que agrupan las estrategias basadas en Lazarus y Folkman (1984). De esta manera, se comprende que las estrategias de afrontamiento pueden ser agrupadas así: a) las estrategias de afrontamiento racional o centradas en el problema, que abarcan las dimensiones de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, y

b) las estrategias de afrontamiento emocional, que integra las dimensiones de autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación, religión y búsqueda de apoyo social.

Mental Health Continuum Short-Form o Escala de Bienestar (Keyes, 2009). Esta escala, derivada del *Mental Health Continuum Long-Form*, consiste en 14 ítems que tienen la representación prototípica de cada faceta del bienestar, y que, en conjunto, representan la salud mental. De esta manera, el bienestar emocional se compone de tres ítems (feliz, interesado en la vida y satisfecho), 6 ítems para representar el bienestar psicológico (autoaceptación, dominio del ambiente, autonomía, relaciones positivas, crecimiento personal y propósito en la vida), y finalmente 5 ítems para representar el bienestar social (aceptación social, actualización social, contribución social, coherencia social y la integración social).

La escala tiene una estructura tipo Likert y considera el estado de la persona en base al último mes. Las opciones de respuesta para cada ítem incluyen: “Nunca”, “una o dos veces”, “una vez a la semana”, “2 o 3 veces a la semana”, “casi todos los días”, “todos los días”. La suma de las respuestas va en un rango de 0 a 70 puntos.

Para realizar un diagnóstico de salud mental o florecimiento se debe considerar si el sujeto experimenta 1 de los 3 ítems de bienestar hedónico (ítems 1-3) “todos los días” o “casi todos los días”, y experimenta además 6 de los 11 ítems de funcionamiento positivo (ítems 4-14) “todos los días” o “casi todos los días” en el último mes. Lo contrario al florecimiento es el languidecer, y su diagnóstico se da cuando alguien experimenta 1 de los 3 síntomas de bienestar hedónico “nunca” o “una o dos veces” y experimenta 6 de los 11 síntomas de funcionamiento positivo “nunca” o “una o dos veces” en el último mes. Los individuos que no se pueden codificar dentro del florecimiento o de languidecer, pueden ser considerados como poseedores de una salud mental moderada (Keyes, 2009).

Para esta investigación se consideró la versión adaptada al contexto ecuatoriano, realizado por Peña-Contreras et al., (2017), quienes señalan una adecuada validez y fiabilidad, con un valor de alfa de Cronbach de 0,91. Además, en el análisis de su estructura en esta versión se reporta un modelo bifactorial que incluye por un lado las tres dimensiones de bienestar, que convergen, por otro lado, en un bienestar general.

Escala de percepción de Salud. Para medir este constructo se consideraron 3 preguntas criterioles que busca indagar en la percepción subjetiva de salud de las personas. Estas

preguntas se puntúan en una escala tipo Likert que va de 0 a 10 puntos, donde “0 = Nada” y “10 = Completamente”. Las preguntas indagan acerca de la percepción subjetiva de salud en comparación con otras personas de su misma edad y sexo, la satisfacción de su salud y la condición física en general.

2.4. Análisis.

Como primer paso se realizará un análisis descriptivo de los ítems de cada escala, y a su vez se evaluará la consistencia interna, medida a través del valor alfa de Cronbach. Posteriormente se realizarán análisis univariados y multivariados, usando el programa IBM-SPSS 25.0.

Con la muestra definitiva se pretende realizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) a fin de comprobar la estructura factorial de cada escala, su pertinencia teórica y la calidad del ajuste. En este punto, para evaluar la adecuación de cada modelo, se utilizaron diversos índices de ajuste. Para la interpretación se tuvieron en cuenta los valores sugeridos por Hu y Bentler (1999): el estadístico chi-cuadrado relativo; el índice de ajuste comparativo (CFI) (valores mayores a 0,90 e idealmente superiores de 0,95, indican un ajuste adecuado del modelo; el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) (que no debe exceder de 0,06) y residual estandarizado de la raíz cuadrada media (SRMR) que se considera apropiado cuando existen valores inferiores a 0,08. El modelado se realizará en el programa R con el paquete lavaan.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se inicia con la presentación de los estadísticos descriptivos, el análisis de fiabilidad y el análisis factorial confirmatorio de las escalas. Luego se mostrarán las correlaciones existentes entre las escalas, sus dimensiones y la edad, para continuar con análisis multivariado MANOVAS con algunas de las escalas que mayor sentido teórico tenían y regresiones lineales con cada una de las dimensiones de la escala NEIS y las dimensiones del sentido de coherencia. Finalmente se presentará una propuesta de modelo estructural para la predicción de la Integridad; partiendo de un modelo inicial basado en las relaciones que señala la literatura, se realizarán distintas modificaciones para su mejor ajuste

1. Análisis de las escalas.

1.1. Escala CES-D.

Este instrumento se usa para la detección del estado de ánimo deprimido. La versión

original es de Radloff (1997) y en esta investigación se usó la versión en español de Latorre y Montañés (1997). El valor de alfa de Cronbach para esta escala es de 0,70.

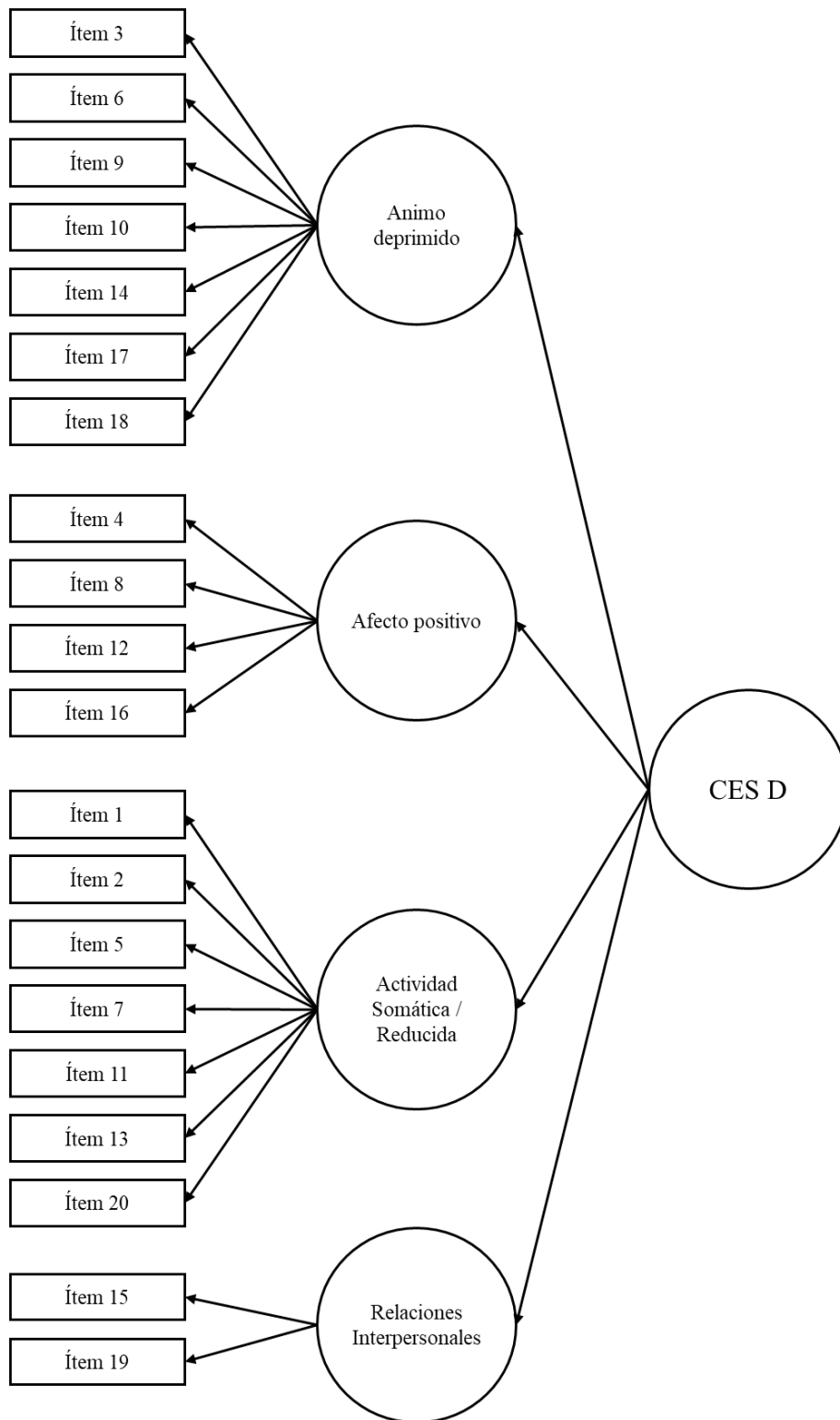
Se realizó el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en la escala. En la Tabla 2 se presentan las medias, desviación estándar, asimetría y curtosis de cada uno de los ítems, así como del total de la escala.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala CES-D.

Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestan	0,44	0,61	1,40	2,45
2. No tenía hambre, no me apetecía comer	0,32	0,57	1,85	3,57
3. Me sentía triste y descorazonado, a pesar de la ayuda de mi familia y mis amigos	0,49	0,67	1,34	1,63
4. Me sentía tan válido y útil como cualquiera	0,82	1,00	1,00	-0,15
5. Tenía dificultad para concentrarme	0,70	0,72	0,92	0,83
6. Me sentía deprimido	0,50	0,63	1,07	0,89
7. Para hacer cualquier cosa, tenía que hacer un gran esfuerzo	0,46	0,70	1,54	2,11
8. Me sentía con esperanza respecto al futuro	1,05	1,03	0,55	-0,93
9. Pensaba que mi vida había sido un fracaso	0,13	0,41	3,99	19,61
10. Me sentía atemorizado	0,28	0,49	1,80	3,98
11. No me sentía descansado después de haber dormido	0,71	0,84	1,24	1,13
12. Me sentía feliz	0,84	0,95	0,91	-0,16
13. Hablaba menos de lo habitual	0,67	0,78	1,19	1,25
14. Me sentía solo	0,45	0,69	1,72	3,16
15. La gente no era amable	0,58	0,80	1,47	1,76
16. Disfrutaba de la vida	0,75	0,95	1,12	0,22
17. Hubo ratos en que lloré	0,59	0,69	1,13	1,28
18. Me sentía triste	0,65	0,66	0,99	1,71
19. Sentía que no le agradaba a la gente	0,29	0,61	2,45	6,56
20. Me encontraba sin fuerzas para hacer nada	0,44	0,61	1,41	2,41
Total Escala CES D	16,23	5,19	0,19	0,31

Para el análisis factorial confirmatorio de la escala, se tomó como guía la propuesta de Ros et al. (2011), quienes estudian el CES-D en adultos mayores con y sin daño cognitivo. Los autores proponen que la escala en cuestión corresponde a un modelo de segundo orden conformado por 4 factores correlacionados. Los factores son: Ánimo Deprimido (ítems 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18); Actividad Somática / Reducida (ítems 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20); Relaciones interpersonales (ítems 15 y 16); y Afecto Positivo (ítems 4, 8, 12, 16). Al aplicar el AFC en nuestra muestra, se obtuvo un ajuste adecuado. Debido a su precisión con variables ordinales y no-normales (Míndrilă, 2010) se aplicó el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalizados (DWLS), siendo los valores de ajuste, los que a continuación se señalan $\chi^2 = 203,79$ ($p < 0,05$); $gl = 166$; CFI = 0,989; TLI = 0,988; RMSEA = 0,024; SRMR = 0,062. En la figura 27 se presenta el modelo estructural de la escala en cuestión.

Figura 27. Modelo de segundo orden con 4 factores para Depresión (Escala CES – D).



A continuación, en la tabla 3 se presentan las cargas factoriales para cada ítem, así como para cada factor asociado al constructo de depresión, acorde a la escala CES – D.

Tabla 3. Cargas factoriales para los ítems de la escala CES-D.

Ítem / Factor	Carga factorial estimada
Ánimo Deprimido	0,893
Ítem 3	0,737
Ítem 6	0,803
Ítem 9	0,347
Ítem 10	0,436
Ítem 14	0,498
Ítem 17	0,622
Ítem 18	0,723
Actividad somática / reducida	0,850
Ítem 1	0,515
Ítem 2	0,530
Ítem 5	0,507
Ítem 7	0,554
Ítem 11	0,337
Ítem 13	0,420
Ítem 20	0,577
Relaciones Interpersonales	0,499
Ítem 15	0,699
Ítem 19	0,418
Afecto Positivo	-0,251
Ítem 4	0,577
Ítem 8	0,659
Ítem 12	0,805
Ítem 16	0,811

Nota: Todos los valores son significativos: $p < 0,001$

Con este modelo y análisis confirmatorio, podemos observar que lo más característico de esta escala es el ánimo deprimido, seguido de sintomatología somática o actividad reducida, luego están las relaciones interpersonales y finalmente, vemos que el ánimo positivo se relaciona de manera inversa con el constructo general de depresión.

1.2. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).

Esta escala evalúa el bienestar subjetivo, específicamente, en la medición de la satisfacción con la vida. La versión original es de Diener et al. (1985). Para esta investigación, se consideró la traducción al español de Atienza et al. (2000). El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la tabla 4.

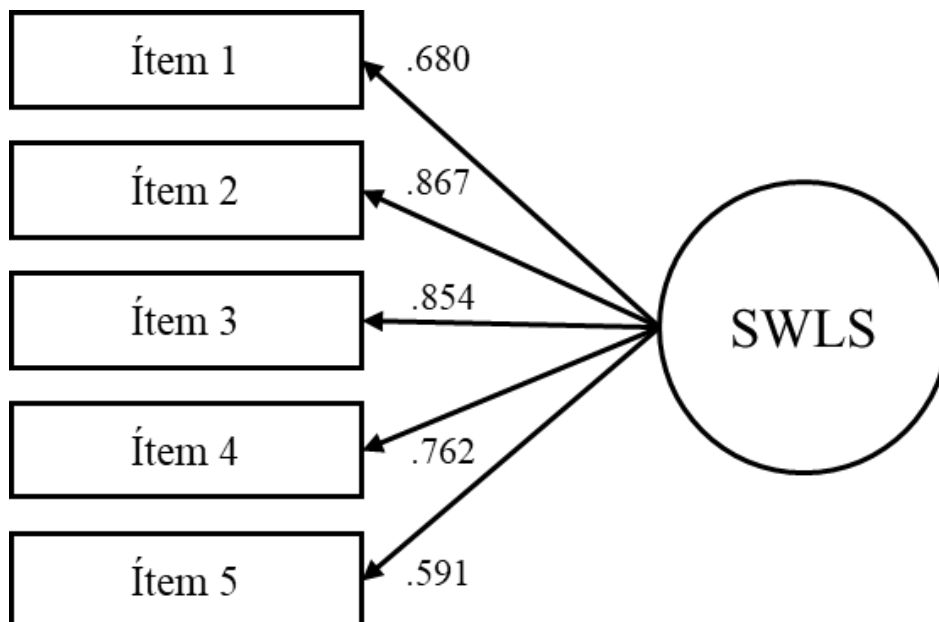
Tabla 4. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala SWLS.

Ítem	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. En la mayoría de aspectos, mi vida se acerca a mi ideal	5,66	1,38	-1,42	2,16
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	5,68	1,33	-1,34	1,78
3. Estoy completamente satisfecho de mi vida	6,05	1,18	-1,63	3,15
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida	5,98	1,22	-1,69	3,51
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada	5,46	1,64	-1,19	0,70
Total Escala SWLS	28,83	5,10	-1,23	2,27

Acorde a los resultados obtenidos, se aprecia que la muestra una puntuación alta de satisfacción con la vida, siguiendo las puntuaciones establecidas por Pavot y Diener (2013). El cálculo del valor de α fue de 0,80 señalando una fiabilidad adecuada de la escala.

A continuación, se procedió con el análisis factorial confirmatorio, donde, siguiendo el precepto fundamentado por los autores de la escala, así como por la adaptación de Atienza et al. (2000), utilizada en esta investigación, se propone un modelo unidimensional. En base a los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso del estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 10,397$ ($p = 0,065$); $gl = 5$; CFI = 0,998; TLI = 0,996; RMSEA = 0,052; SRMR = 0,031. En la figura 28 se presenta el modelo resultante.

Figura 28. Modelo unidimensional de Satisfacción con la vida (Escala SWLS).



Como se puede observar, todos los ítems de la escala tienen valores estadísticamente significativos ($p < 0,001$) y presentan cargas factoriales altas.

1.3. Escala de Resiliencia (BRCS).

Esta escala, creada por Sinclair y Wallston (2004) describe un patrón de afrontamiento eficaz y activo de resolución de problemas, interpretado como un afrontamiento resiliente. En esta investigación se consideró la versión al español de Tomás, Meléndez et al. (2012). En cuanto a la fiabilidad de la escala, el valor de Alfa de Cronbach es de 0,76. El análisis

descriptivo de la escala se muestra a continuación en la tabla 5.

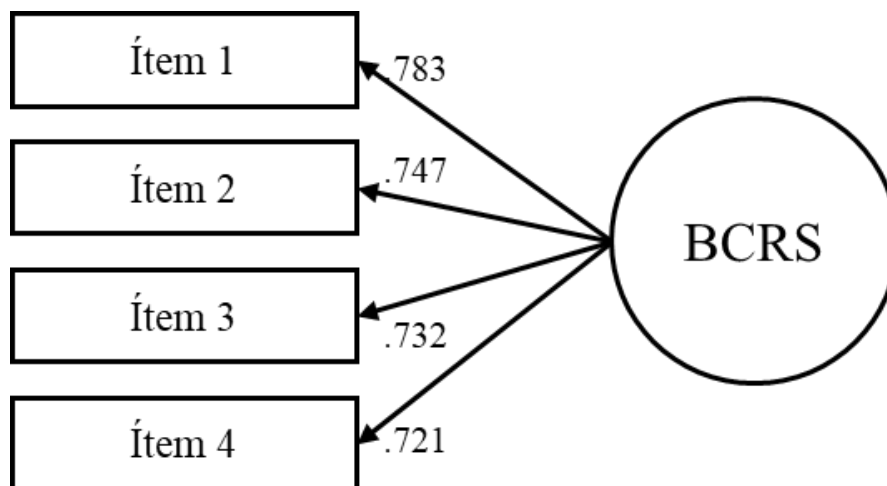
Tabla 5. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala BCRS.

Ítem	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles	4,27	1,01	-1,58	2,21
2. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción	4,30	0,91	-1,36	1,50
3. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles	4,55	0,73	-1,94	4,47
4. Busco activamente la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida	4,26	1,03	-1,57	2,16
Total Escala BCRS	17,38	2,85	-1,65	3,72

Acorde a los datos presentados, se puede apreciar que la media de la población de estudio tiene un nivel alto de resiliencia, puesto que sobrepasa los 17 puntos, tal como señalan Sinclair y Wallston (2004), puntuaciones superiores a 14 implican un nivel alto de resiliencia.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio, donde, en base a los autores de la escala, se propone un modelo unidimensional. Con los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso de DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 4.701$ ($p = 0,095$); $gl = 2$; CFI = 0,997; TLI = 0,992; RMSEA = 0,059; SRMR = 0,031. En la figura 29 se presenta el modelo resultante.

Figura 29. Modelo unidimensional de Resiliencia (Escala BCRS).



Tal como se observa, todos los ítems de la escala tienen valores estadísticamente significativos ($p < 0,001$) y además presentan cargas factoriales elevadas, mostrando adecuada pertenencia al constructo.

1.4. Escala de Autoeficacia General (EAG).

Esta escala evalúa el sentido percibido de autoeficacia general, para predecir el afrontamiento a los inconvenientes diarios, y la adaptación posterior a situaciones de estrés. Los autores originales son Schwarzer y Jerusalem (1995), pero para esta investigación se tomó la versión de Bueno-Pacheco et al. (2018) puesto que fue adaptada al contexto ecuatoriano. El valor de $\alpha = 0,89$ determinan una fiabilidad adecuada de la escala. El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la tabla 6.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala EAG.

Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	3,20	0,65	-0,44	0,21
2. Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	3,14	0,80	-0,73	0,07
3. Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	3,18	0,73	-0,44	-0,51
4. Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	3,10	0,75	-0,41	-0,44
5. Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	3,22	0,74	-0,61	-0,21
6. Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	3,05	0,74	-0,16	-0,98
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	3,15	0,73	-0,44	-0,40
8. Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3,29	0,67	-0,62	0,10
9. En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	3,14	0,72	-0,38	-0,46
10. Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	3,19	0,73	-0,54	-0,22
Total Escala EAG	31,67	5,16	-0,41	0,10

En base a los datos presentados, es evidente que la media de la población estudiada presenta valores medios de autoeficacia.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio, siguiendo la investigación realizada por Bueno-Pacheco et al. (2018), donde se propuso y confirmo un modelo unidimensional para esta escala. En base a los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso del estimador de Mínimos cuadrados no ponderados (ULS), presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 54,35$; $gl = 35$; CFI = 0,996; TLI = 0,995; RMSEA = 0,038; SRMR = 0,050. En la figura 30 se presenta el modelo resultante. Seguido, en la tabla 7 se presentan las cargas factoriales de cada ítem que arrojaron los análisis.

Figura 30. Modelo unidimensional de la Escala de Autoeficacia General (Escala EAG).

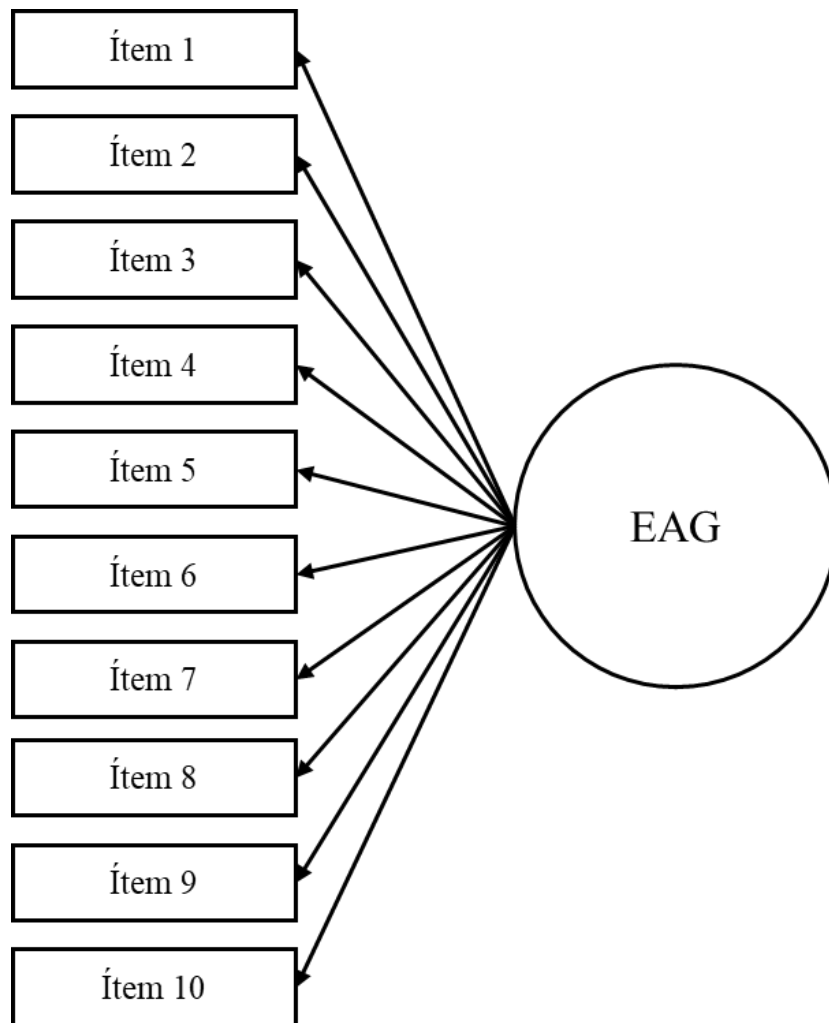


Tabla 7. Cargas factoriales para los ítems de la escala EAG.

Ítems	Carga Factorial Estimada
Ítem 1	0,724
Ítem 2	0,496
Ítem 3	0,718
Ítem 4	0,738
Ítem 5	0,808
Ítem 6	0,677
Ítem 7	0,829
Ítem 8	0,829
Ítem 9	0,787
Ítem 10	0,741

Nota: Todos los valores son significativos: $p < 0,001$

Se puede observar que todos los ítems presentan una significancia estadística. Además, las cargas factoriales de los ítems son altas, excepto en el ítem 2 (“Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente”) que presenta una carga moderada.

1.5. Escala de Integridad NEIS.

Propuesta originalmente por Janis et al. (2011). Es un cuestionario de 15 ítems que mide la integridad y la desesperanza en base a la concepción teórica de Erikson de la octava etapa del desarrollo en el ser humano. Al analizar la fiabilidad del instrumento se observa que la subescala de Integridad tiene un valor de $\alpha = 0,76$, mientras que la escala de Desesperanza tiene un valor de $\alpha = 0,71$. El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la tabla 8.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala NEIS.

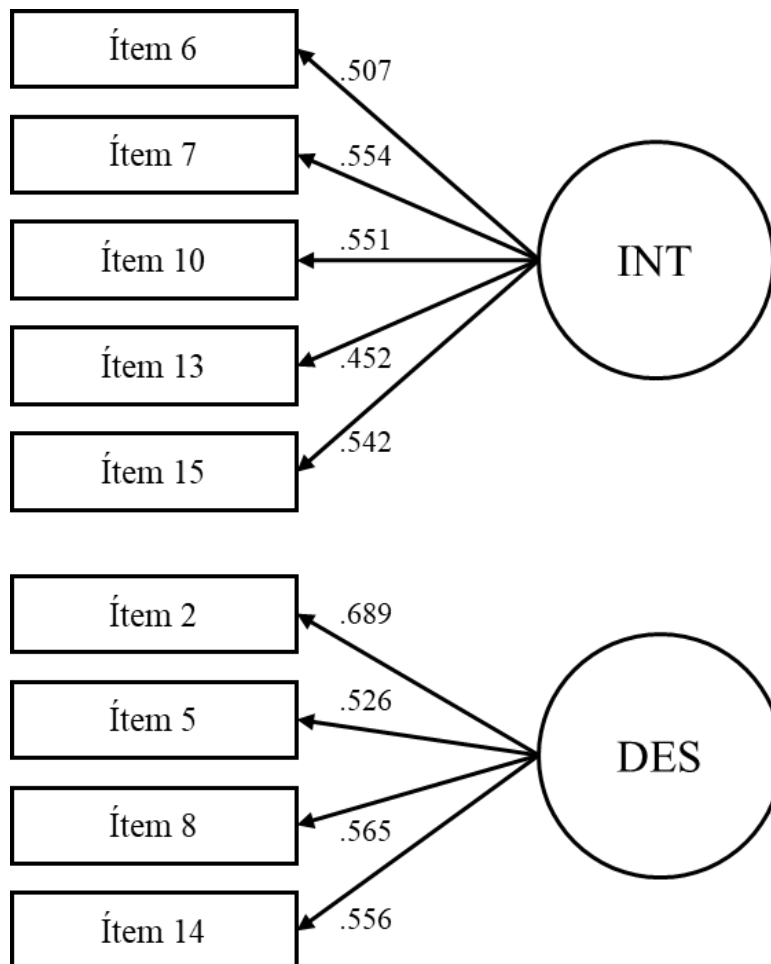
Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Aprecio el valor de todas mis experiencias.	5,33	0,79	-1,91	6,76
2. Me duele pensar sobre sueños y metas que he tenido y no he cumplido.	4,07	1,44	-0,68	-0,41
3. He conseguido todo lo que he querido en mi vida.	4,62	1,07	-0,80	0,79
4. La vida tiene sentido.	5,63	0,68	-2,48	8,85
5. Ojalá hubiera amado más en mi vida.	4,85	1,45	-1,43	1,13
6. He llegado a un punto donde puedo aceptar los acontecimientos de mi vida como necesarios.	4,89	0,96	-1,38	3,04
7. A medida que envejezco, entiendo más a la gente.	5,44	0,82	-1,95	4,99
8. Estoy molesto por los errores que he cometido en el pasado.	4,16	1,56	-0,62	-0,66
9. He hecho exactamente lo que he querido con mi vida.	4,64	1,11	-0,82	0,55
10. Le veo sentido al hilo conductor que han seguido la mayoría de los eventos de mi vida.	4,84	1,01	-1,04	1,33
11. Si hubiera nacido con una personalidad diferente, mi vida habría sido mejor.	3,25	1,84	0,12	-1,48
12. Puedo afrontar la muerte con dignidad.	5,07	1,16	-1,49	1,90
13. Incluso mis sufrimientos han tenido sentido.	4,90	1,06	-1,15	1,59
14. Ojalá tuviera más tiempo para tomar un camino diferente en la vida.	4,01	1,78	-0,49	-1,15
15. A medida que envejezco, la historia de mi vida cobra más sentido.	5,37	0,94	-2,03	5,16
Total Integridad	50,73	5,45	-0,58	0,06
Total Desesperanza	20,34	5,55	-0,61	0,61

Con los datos obtenidos se observa que, en la población de estudio, la media de integridad es mayor a la media de desesperanza.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio con dos factores no correlacionados (integridad del ego y desesperación). Inicialmente, el modelo de dos factores con todos los ítems propuestos no mostró un buen ajuste a los datos observados ($\chi^2 = 277,17$, $p < 0,001$; CFI = 0,825, GFI = 0,910, RMSEA = 0,073, SRMR = 0,099). Por ello, se tomó como modelo lo sugerido por Westerhof et al. (2017) quienes proponen una estructura factorial de 9 ítems con dos subescalas para el NEIS, asumiendo factores no correlacionados (integridad del ego: ítems

6,7, 10, 13, 15; desesperanza: ítems 2, 5, 8, 14). Con los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso del estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 44,516$ ($p = 0,018$); $gl = 27$; CFI = 0,956; TLI = 0,941; RMSEA = 0,041; SRMR = 0,053. En la figura 31 se presenta el modelo resultante.

Figura 31. Modelo de dos dimensiones para Integridad (Escala NEIS).



Nota: INT = Integridad; DES = Desesperanza.

Seguendo este modelo, se observa que todas las cargas factoriales son adecuadas y además tienen significancia estadística ($p < 0,001$).

1.6. Escala de Sentido de Coherencia (SOC).

Se trata de un instrumento que evalúa la capacidad de percibir experiencias vitales que permiten actuar de forma constructiva en situaciones desfavorables. La escala original fue propuesta por Antonovsky (1993) pero para esta investigación se tomó la versión en español de

Virués-Ortega et al. (2007). El análisis de fiabilidad arrojó valores adecuados, mostrando un valor $\alpha = 0,71$ de la escala en total. El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la tabla 9.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala SOC.

Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. ¿Tiene la impresión de que no le importan de verdad las cosas que pasan a su alrededor?	4,76	2,15	-0,38	-1,33
2. Le ha sorprendido alguna vez lo que han hecho personas que creía que conocía bien?	3,61	1,84	0,29	-0,96
3. ¿Le ha pasado alguna vez que personas con las que contaba le hayan defraudado?	3,79	1,81	0,20	-0,97
4. Hasta ahora su vida...	5,77	1,42	-1,35	1,62
5. Tiene la impresión de que le están tratando de forma injusta?	5,43	1,79	-1,08	0,18
6. Tiene la impresión de estar en una situación a la que no está acostumbrado/a y no sabe qué hacer?	5,46	1,77	-1,14	0,29
7. Hacer las cosas que usted hace todos los días....	5,52	1,87	-0,98	-0,45
8. Tiene sentimientos o ideas muy confusas?	5,53	1,73	-1,07	0,07
9. ¿Le pasa que tiene sentimientos dentro de usted que preferiría no tener?	5,41	1,88	-1,02	-0,15
10. Muchas personas, hasta los que tienen un carácter fuerte, se sienten a veces como unos desgraciados. ¿Cuántas veces se ha sentido usted así en su vida?	5,42	1,79	-1,08	0,09
11. Cuando algo le ha pasado, al final ha visto usted que...	5,13	1,97	-0,85	-0,53
12. ¿Cuántas veces tiene la impresión de que las cosas que hace todos los días significan muy poco o tienen poca importancia?	5,73	1,74	-1,43	1,09
13. ¿Cuántas veces tiene la impresión de no estar seguro/a de poder controlarse?	5,62	1,63	-1,29	0,94
Total Manejabilidad	20,26	4,17	-0,26	-0,13
Total Comprensibilidad	25,14	5,28	-0,41	-0,14
Total Significatividad	21,77	4,63	-0,39	-0,74

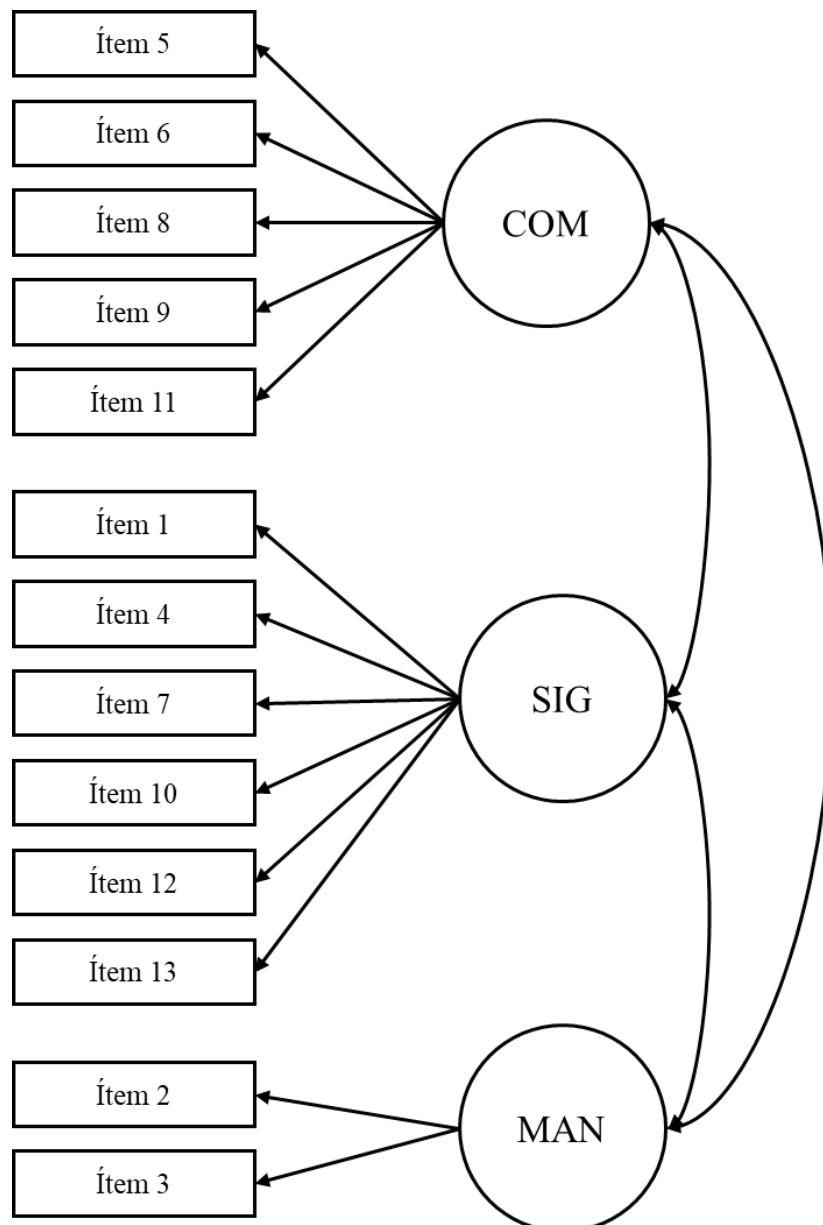
Con los datos presentados, se analiza que la comprensibilidad tiene una media mayor a las otras dos subescalas que son similares.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio. En primera instancia, se probó el modelo original propuesto por Antonovsky, quien sugiere la presencia de 3 dimensiones en la escala, sin embargo, este modelo arrojó resultados muy pobres: $\chi^2 = 332,32$ ($p < 0,001$); $gl = 62$; CFI = 0,628; TLI = 0,532; RMSEA = 0,105. Luego, se tomó como referencia el artículo de Lizarbe-Chocarro et al. (2016), quienes proponen por su parte, que la escala está compuesta por tres factores, pero con una configuración de ítems diferente a la propuesta original. En este sentido, Lizarbe-Chocarro et al. (2016) sugieren que existe un primer factor (ítems 5, 6, 8, 9, 11, 13), que se asemeja al constructo de comprensibilidad del modelo original, aunque cambiando el ítem 2 por el 5. El factor 2 (ítems 1, 4, 7, 10, 12) sería similar a la significatividad, pero ampliado con el ítem 10. Finalmente, el factor 3 (ítems 2, 3), que corresponde a la manejabilidad, es

considerado un factor residual.

En base a este planteamiento, se observó que los resultados de este estudio son similares al propuesto por Lizarbe-Chocarro et al. (2016), y el AFC ajustó correctamente, con el uso del estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 112,410$ ($p < 0,001$); $gl = 62$; CFI = 0,942; TLI = 0,927; RMSEA = 0,045; SRMR = 0,062. Cabe mencionar que, a diferencia del modelo de los autores, en nuestro caso el ítem 13 presenta mejor carga en el factor 2 de significatividad. En la Figura 32 se presenta el modelo resultante. Seguido, en la Tabla 10 se presentan las cargas factoriales de cada ítem que arrojaron los análisis.

Figura 32. Modelo de tres factores para Sentido de Coherencia (Escala SOC).



Nota: COM = Comprensibilidad; SIG = Significatividad; MAN = Manejabilidad

Tabla 10. Cargas factoriales para los ítems de la escala de Sentido de Coherencia (Escala SOC).

Ítems/Factor	Carga factorial estimada
Comprensibilidad	
Ítem 5	0,468
Ítem 6	0,567
Ítem 8	0,626
Ítem 9	0,562
Ítem 11	0,271
Significatividad	
Ítem 1	0,404
Ítem 4	0,405
Ítem 7	0,579
Ítem 10	0,347
Ítem 12	0,474
Ítem 13	0,473
Manejabilidad	
Ítem 2	0,677
Ítem 3	0,820

Nota: Todos los valores son significativos: $p < 0,001$

Con este análisis factorial, se observa que los ítems presentan significancia estadística, y se observa que las cargas factoriales son medias y altas. Esta nueva configuración de la escala mantiene las tres dimensiones propuestas por el autor original, pero adaptando los ítems a la realidad del contexto de estudio.

1.7. Escala de Gratitud.

Como se mencionó anteriormente, para esta investigación se tomó la versión en español realizada por Cabrera-Vélez et al. (2019) y validada en una muestra ecuatoriana, que considera 5 ítems. En esta población, la escala muestra valores moderados de fiabilidad ($\alpha = 0,69$). El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la Tabla 11.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala de gratitud.

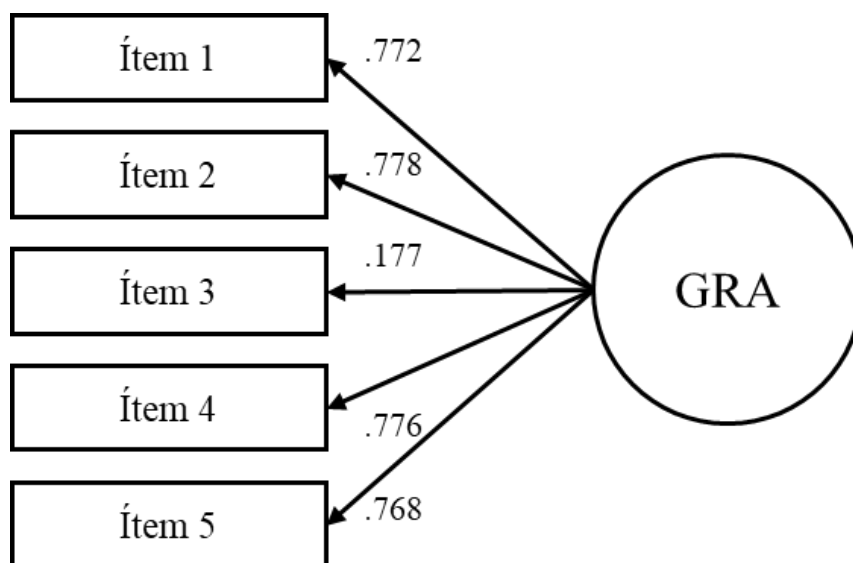
Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Tengo tanto en la vida por lo que estar agradecido/a	6,51	0,93	-2,97	11,45
2. Si tuviera que hacer una lista de todo aquello por lo que me siento agradecido/a, sería muy larga	6,47	0,93	-2,62	8,83
3. Cuando observo el mundo, no veo mucho por lo que sentirse agradecido/a	3,51	2,30	0,21	-1,58
4. Me siento agradecido/a con una gran cantidad de gente	6,27	1,14	-2,39	6,93
5. A medida que me hago mayor me veo más capaz de valorar a las personas, eventos y situaciones que han sido parte de la historia de mi vida	6,48	0,94	-2,78	10,03
Total Escala Gratitud	28,83	5,10	-1,23	2,27

De acuerdo a lo expuesto, se observan niveles medios de gratitud en la población

estudiada. Sin embargo, es necesario señalar que la pregunta redactada en sentido negativo puede crear confusión en las personas al momento de responder el cuestionario.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio, donde, en base a lo mencionado por Cabrera-Vélez et al. (2019), se propone un modelo unidimensional. Con los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso del estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 7,31$ ($p = 0,198$); $gl = 5$; CFI = 0,998; TLI = 0,997; RMSEA = 0,034; SRMR = 0,028. En la figura 33 se presenta el modelo resultante con sus cargas factoriales respectivas.

Figura 33. Modelo unidimensional de Gracitud.



Nota: GRA = Gracitud; Todos los valores son significativos: $p < 0,001$

Acorde a los datos propuestos, se observa que todos los ítems tienen cargas altas y significativas a nivel estadístico ($p < 0,001$), a excepción del ítem 3 (“Cuando observo el mundo, no veo mucho por lo que sentirse agradecido/a”), que, a pesar de tener valores significativos, presenta carga factorial baja. Esto pudiera estar relacionado con el hecho de que dicho ítem está redactado de forma negativa, pudiendo causar confusión al momento de responder a la encuesta.

1.8. Escala de Afrontamiento (CAE).

La escala fue diseñada originalmente por Sandín y Chorot (2003), y busca evaluar siete estrategias básicas de afrontamiento que dan como resultado la manera del individuo a

reaccionar ante un factor de estrés. El valor de Alfa de Cronbach para el análisis de fiabilidad de la escala global mostró resultados adecuados ($\alpha = 0,88$). En cuanto a las subescalas, se presentan los siguientes valores de Alfa de Cronbach: (1) búsqueda de apoyo social: $\alpha = 0,85$; (2) expresión emocional abierta: $\alpha = 0,73$; (3) religión: $\alpha = 0,84$; (4) Solución de problemas: $\alpha = 0,72$; (5) evitación: $\alpha = 0,76$; (6) autofocalización negativa: $\alpha = 0,76$; (7) reevaluación positiva: $\alpha = 0,70$. El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la Tabla 12.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala CAE.

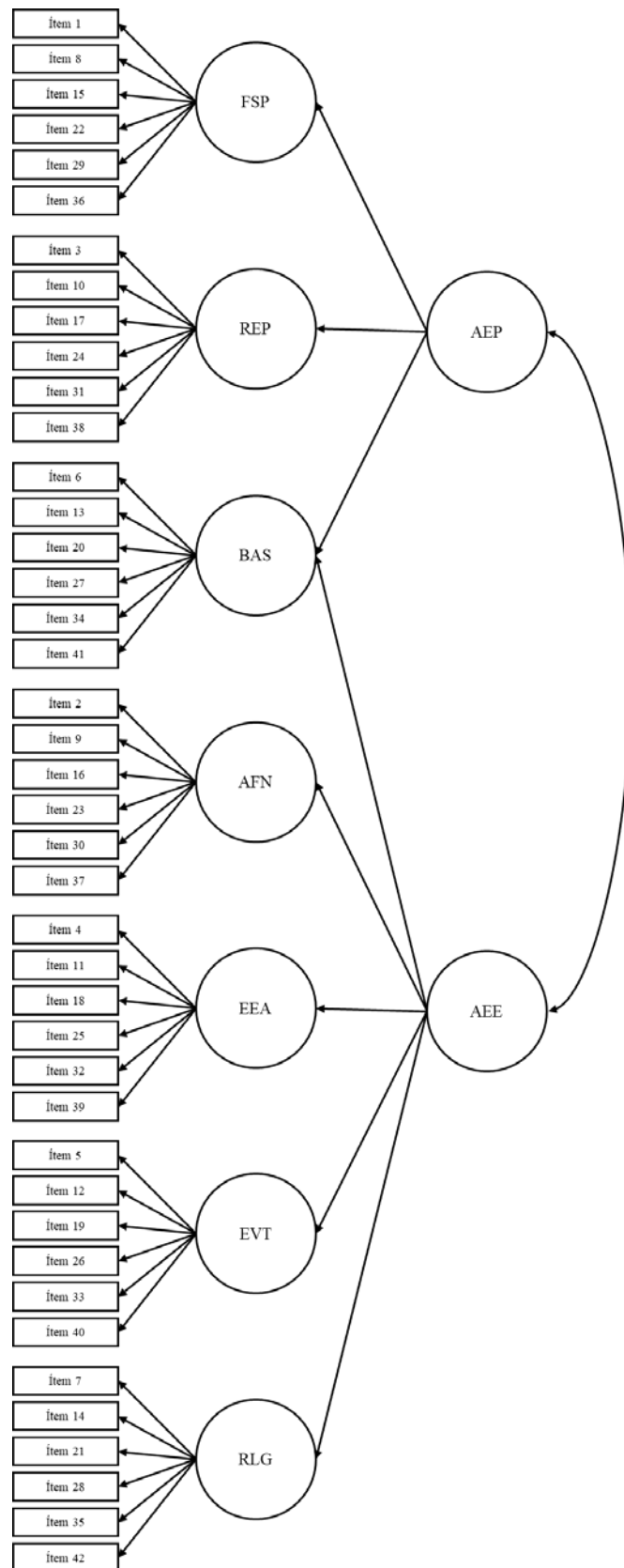
Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	3,05	0,996	-0,98	0,41
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese, las cosas siempre me saldrían mal	1,03	1,119	1,01	0,40
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	3,07	1,025	-1,06	0,59
4. Descargué mi mal humor con los demás	1,40	1,181	0,54	-0,48
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	2,42	1,342	-0,40	-1,02
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	2,50	1,232	-0,39	-0,79
7. Asistí a la Iglesia	3,20	1,200	-1,30	0,43
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	3,22	0,925	-1,19	1,15
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	1,39	1,297	0,54	-0,84
10. Intenté sacar algo positivo del problema	3,12	0,965	-1,15	1,03
11. Insulté a ciertas personas	1,07	1,094	0,87	0,14
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	2,66	1,327	-0,68	-0,64
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	2,55	1,368	-0,59	-0,86
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	2,18	1,612	-0,19	-1,55
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	2,59	1,241	-0,62	-0,57
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	1,66	1,248	0,30	-0,87
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	3,35	0,932	-1,58	2,13
18. Me comporté de forma hostil con los demás	1,29	1,199	0,66	-0,45
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	1,95	1,438	0,00	-1,34
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	1,94	1,437	0,01	-1,33
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	2,76	1,471	-0,76	-0,90
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	2,30	1,419	-0,33	-1,17
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	1,69	1,254	0,23	-0,91
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	2,42	1,407	-0,46	-1,07
25. Agredí a algunas personas	0,74	1,087	1,61	1,90
26. Procuré no pensar en el problema	2,05	1,327	-0,04	-1,12
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	2,11	1,430	-0,12	-1,31
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	3,53	0,968	-2,26	4,49
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	3,03	1,093	-1,18	0,82
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	1,96	1,303	0,01	-1,08

31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	3,00	1,148	-1,10	0,40
32. Me enojé con algunas personas	1,57	1,173	0,28	-0,77
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	2,10	1,522	-0,13	-1,45
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	2,17	1,444	-0,20	-1,28
35. Recé	3,39	1,102	-1,93	2,79
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	3,05	1,086	-1,20	0,86
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	2,21	1,329	-0,21	-1,06
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	2,68	1,184	-0,61	-0,46
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	2,69	1,202	-0,69	-0,43
40. Intenté olvidarme de todo	2,46	1,355	-0,42	-1,03
41. Procuré que algún familiar/amigo me escuche cuando necesité expresar mis sentimiento	2,57	1,367	-0,55	-0,93
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	2,78	1,499	-0,84	-0,81
Total Focalización en la solución del problema	17,23	4,40	-0,60	0,09
Total Autofocalización Negativa	9,94	4,28	0,24	-0,20
Total Reevaluación Positiva	17,64	3,89	-0,57	0,35
Total Expresión Emocional Abierta	8,75	4,50	0,43	-0,08
Total Evitación	13,64	5,07	-0,24	-0,39
Total Búsqueda de Apoyo Social	13,84	6,26	-0,33	-0,72
Total Religión	17,83	5,94	-1,12	0,72

Acorde con los datos presentados, se observa que la población estudiada tiende a usar con mayor énfasis las estrategias de Religión, Reevaluación Positiva y Focalización en la solución del problema. A dichas estrategias le siguen Búsqueda de apoyo social y Evitación. Finalmente, las estrategias que menor uso muestran son las de Expresión Emocional Abierta y Autofocalización Negativa.

Se realizó el análisis factorial confirmatorio, donde, siguiendo los resultados propuestos por Mayordomo et al. (2015), se plantea un modelo de dos factores: por un lado, el afrontamiento basado en el problema, que abarca las subescalas de Focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, y búsqueda de apoyo social; y por otro, el afrontamiento basado en la emoción, que comprende las subescalas de Autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación, religión y búsqueda de apoyo social; tal y como se plantea, el apoyo social ha sido incluido en las dos categorías ya que algunos trabajos señalan que satura de forma positiva en ambos (Tobin et al., 1989). En base a los datos obtenidos, el AFC resultó adecuado, con el uso del estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 1761,58$ ($p < 0,001$); $gl = 810$; CFI = 0,905; TLI = 0,899; RMSEA = 0,055; SRMR = 0,077. En la Figura 34 se presenta el modelo resultante. Seguido, en la Tabla 13 se presentan las cargas factoriales de cada ítem que arrojaron los análisis.

Figura 34. Modelo bifactorial de Afrontamiento (Escala CAE).



Nota: FSP = Focalizado en la solución del problema. REP = Reevaluación positiva. BAS = Búsqueda de apoyo social. AFN = Autofocalización negativa. EEA = Expresión emocional abierta. EVT = Evitación. RLG = Religión. AEP = Afrontamiento enfocado en el problema. AEE = Afrontamiento enfocado en la emoción.

Tabla 13. Cargas factoriales para los ítems de la escala de Afrontamiento.

Ítems/Factor	Carga Factorial Estimada
Focalización en la Solución del Problema	0,76
Ítem 1	0,406
Ítem 8	0,306
Ítem 15	0,679
Ítem 22	0,585
Ítem 29	0,601
Ítem 36	0,654
Reevaluación Positiva	0,972
Ítem 3	0,241
Ítem 10	0,465
Ítem 17	0,337
Ítem 24	0,422
Ítem 31	0,602
Ítem 38	0,582
Búsqueda de Apoyo Social	0,207
Ítem 6	0,532
Ítem 13	0,734
Ítem 20	0,721
Ítem 27	0,746
Ítem 34	0,737
Ítem 41	0,707
Autofocalización Negativa	0,535
Ítem 2	0,215
Ítem 9	0,448
Ítem 16	0,362
Ítem 23	0,601
Ítem 30	0,474
Ítem 37	0,464
Expresión Emocional Abierta	0,64
Ítem 4	0,367
Ítem 11	0,490
Ítem 18	0,459
Ítem 25	0,445
Ítem 32	0,552
Ítem 39	0,711
Evitación	0,858
Ítem 5	0,333
Ítem 12	0,614
Ítem 19	0,534
Ítem 26	0,424
Ítem 33	0,510
Ítem 40	0,513
Religión	0,593
Ítem 7	0,624
Ítem 14	0,740
Ítem 21	0,833
Ítem 28	0,473
Ítem 35	0,615
Ítem 42	0,685

Nota: Todos los valores son significativos: $p < 0,001$

En base a los datos, se observa que todos los ítems y, los factores que de ellos deriva, tienen significancia estadística. En cuanto a las cargas factoriales, el factor que más aporta es Reevaluación Positiva, seguido de Evitación y Focalización en la solución del Problema.

1.9. Continuum de Salud Mental MHC-SF.

El instrumento evalúa el bienestar emocional, psicológico y social, dando en conjunto una medida de salud mental. El análisis de fiabilidad fue de $\alpha = 0,64$, siendo por tanto inferior al esperado. El análisis descriptivo de la escala se muestra a continuación en la Tabla 14.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala MHC-SF.

Ítems	Media	D. E.	Asimetría	Curtosis
1. Me he sentido alegre.	3,97	0,82	-0,47	-0,28
2. Me he sentido interesado en la vida.	4,40	0,80	-1,48	2,42
3. Me he sentido satisfecho con la vida.	4,39	0,74	-1,19	1,18
4. He sentido que tengo algo importante que contribuir a la sociedad.	4,23	0,88	-1,22	1,33
5. He sentido que pertenezco a una comunidad.	4,28	0,96	-1,45	1,67
6. He sentido que nuestra sociedad es un buen lugar para todas las personas.	3,94	1,07	-0,71	-0,59
7. He sentido que las personas son buenas.	3,98	0,95	-0,69	-0,33
8. He sentido que la dirección en la que va nuestra sociedad tiene sentido para mí.	3,36	1,14	-0,06	-1,14
9. He sentido que me gusta la mayor parte de mi personalidad	3,94	0,79	-0,61	0,62
10. He sentido que he tenido un buen manejo de mis responsabilidades de la vida diaria.	4,07	0,83	-0,74	0,19
11. He sentido que mis relaciones con los demás han sido cálidas y de confianza.	3,91	0,79	-0,67	0,40
12. Siento que he tenido experiencias que me desafiaron a crecer y convertirme en una mejor persona.	4,21	0,70	-0,95	1,38
13. Me he sentido seguro al pensar o expresar mis propias ideas y opiniones.	3,92	0,86	-0,80	0,45
14. He sentido que mi vida tiene propósito y sentido.	4,34	0,85	-1,06	0,90
Bienestar Emocional	4,25	0,39	-0,91	0,75
Bienestar Social	3,96	0,52	-0,62	0,13
Bienestar Psicológico	4,07	0,41	-0,72	0,35

El AFC resultó inadecuado, con el estimador DWLS, presentando los siguientes valores: $\chi^2 = 1761,58$ ($p < 0,001$); $gl = 810$; CFI = 0,892; TLI = 0,899; RMSEA = 0,095; SRMR = 0,087. Aunque se analizaron distintas modificaciones a la escala, no se logró un ajuste adecuado para las tres dimensiones, por lo que se decidió eliminar esta escala de los posteriores análisis.

2. Análisis Bivariado: Correlaciones.

A continuación, se presentan las correlaciones bivariadas (Tabla 15) entre las variables psicológicas propuestas para este estudio: autoeficacia, satisfacción con la vida, resiliencia, las dimensiones de depresión, gratitud, las dimensiones de sentido de coherencia, las dimensiones de afrontamiento, integridad y desesperanza, y la edad.

Tabla 15 Correlaciones bivariadas entre las variables psicológicas.

	DEP	RES	SAT	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG	GRA	AEF	INT	DES	MAN	COM	SIG
RES	-,188**																
SAT	-,295**	,528**															
FSP	-,201**	,307**	,265**														
AFN	-,192**	-,086	-,107*	-,026													
REP	-,105*	,207**	,198**	,506**	,175**												
EEA	-,314**	-,165**	-,134**	,072	,442**	,140**											
EVT	-,030	,049	,049	,339**	,299**	,426**	,329**										
BAS	,035	,101*	,053	,450**	,265**	,379**	,409**	,479**									
RLG	-,079	,087	,145**	,294**	,215**	,377**	,228**	,300**	,365**								
GRA	-,243**	,243**	,371**	,272**	-,184**	,305**	-,096	,111*	,125**	,163**							
AEF	-,230**	,354**	,306**	,332**	-,131**	,269**	-,092	,069	,073	,066	,213**						
INT	-,266**	,363**	,407**	,219**	-,097	,229**	-,189**	,091	,075	,045	,310**	,352**					
DES	-,209**	-,007	-,096	-,015	,314**	,029	,258**	,130**	,051	,034	-,188**	-,102*	-,024				
MAN	-,266**	,202**	,244**	,162**	-,350**	,114*	-,287**	-,072	-,045	,015	,280**	,167**	,199**	-,308**			
COM	-,242**	,237**	,245**	,122*	-,269**	,138**	-,298**	-,072	-,023	-,016	,299**	,232**	,176**	-,330**	,499**		
SIG	-,292**	,240**	,275**	,216**	-,290**	,163**	-,185**	,017	,010	,048	,364**	,283**	,283**	-,264**	,402**	,408**	
EDA	,085	-,067	,034	-,072	,030	-,131**	-,076	-,114*	-,071	,045	-,065	-,043	,048	-,047	,075	,016	-,051

Nota: ** Correlación significativa en el nivel 0,01 y * correlación significativa en el nivel 0,05; DEP: Depresión; RES: Resiliencia; SAT: Satisfacción; FSP: Focalización en la solución del problema; AFN: Autofocalización negativa; REP: Reevaluación positiva; EEA: Expresión emocional abierta; EVT: Evitación; BAS: Búsqueda de apoyo social; RLG: Religión; GRA: Gratitud; AEF: Autoeficacia; INT: Integridad; DES: Desesperanza; MAN: Manejabilidad; COM: Comprensibilidad; SIG: Significatividad; EDA: Edad.

De estas correlaciones podemos destacar aquellas estadísticamente significativas. Así, se evidencia que la integridad tiene una correlación positiva y significativa con la resiliencia, la satisfacción con la vida, las dimensiones de afrontamiento de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, así como con gratitud y autoeficacia general, mientras que se presenta una correlación negativa con ánimo deprimido y con la dimensión de afrontamiento de expresión emocional abierta.

Por su parte, la desesperanza tiene una correlación positiva con el ánimo deprimido, las dimensiones de afrontamiento de autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación, mientras que las correlaciones negativas suceden con gratitud y autoeficacia general.

En cuanto a la depresión, se observa que ésta se presenta positiva y directamente relacionada con la dimensión del afrontamiento expresión emocional abierta; mientras que, con los demás elementos, la relación es negativa.

La resiliencia, por su parte, tiene una correlación moderada y positiva con la satisfacción con la vida, gratitud, autoeficacia general, las dimensiones del sentido de coherencia y con las dimensiones de afrontamiento de focalización en la solución del problema y reevaluación positiva. Referente a la satisfacción con la vida, se muestra una correlación moderada y positiva con la gratitud y con la autoeficacia.

En relación a las estrategias de afrontamiento, se observa que la focalización en la solución del problema se relaciona directamente con la reevaluación positiva y con la búsqueda de apoyo social. Por su parte, la autofocalización negativa tiene relación positiva con la dimensión de expresión emocional abierta; mostrando además correlación negativa con las dimensiones del sentido de coherencia. La estrategia de expresión emocional abierta muestra relación con la búsqueda de apoyo social y evitación. Finalmente, la estrategia de afrontamiento religioso tiene relación positiva con la búsqueda de apoyo social.

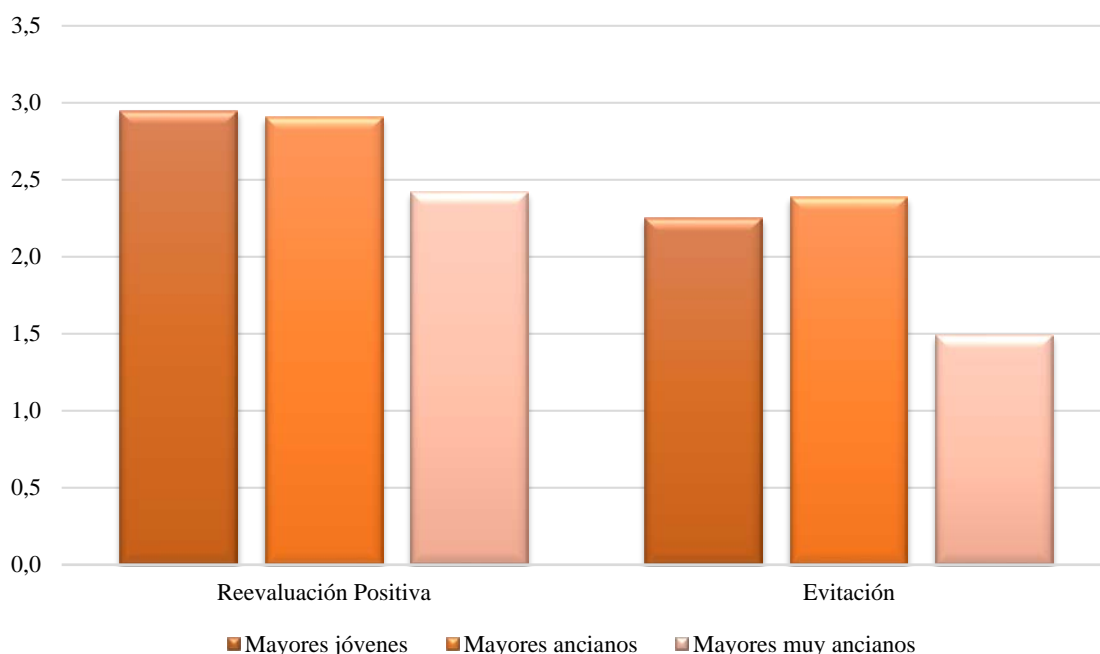
La gratitud presenta correlación positiva con las dimensiones del sentido de coherencia, sobre todo con la dimensión de significatividad. Finalmente, en cuanto a la edad, se observa una correlación negativa con la dimensión de afrontamiento de reevaluación positiva y evitación.

3. Análisis Multivariados.

Se realizaron análisis multivariados considerando algunas variables psicológicas, la edad (categorizada en tres grupos tal y como se presentó en los datos sociodemográficos) y el género.

El primer análisis busca establecer los contrastes entre las dimensiones de afrontamiento con la edad y género. Al aplicar el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron diferencias para la variable de edad ($F_{14, 766} = 2,20; p = 0,007; \eta^2 = 0,039$). Con esta prueba no se evidenciaron diferencias para la variable de género ni su interacción con los grupos de edad. Posteriormente, se analizaron los efectos inter sujetos que, en relación al grupo de edad, mostraron diferencias en las dimensiones de afrontamiento de Reevaluación positiva ($F_{2, 388} = 4,61; p = 0,010; \eta^2 = 0,023$) y Evitación ($F_{2, 388} = 7,14; p = 0,001; \eta^2 = 0,036$). Con estos datos se ha evidenciado que, el grupo de los adultos mayores muy ancianos usan menos la estrategia de Reevaluación positiva ($M = 2,4$) a comparación de los otros dos grupos de menor edad, y de la misma manera, usan menos la estrategia de Evitación ($M = 1,5$) que los otros grupos etarios, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Figura 35).

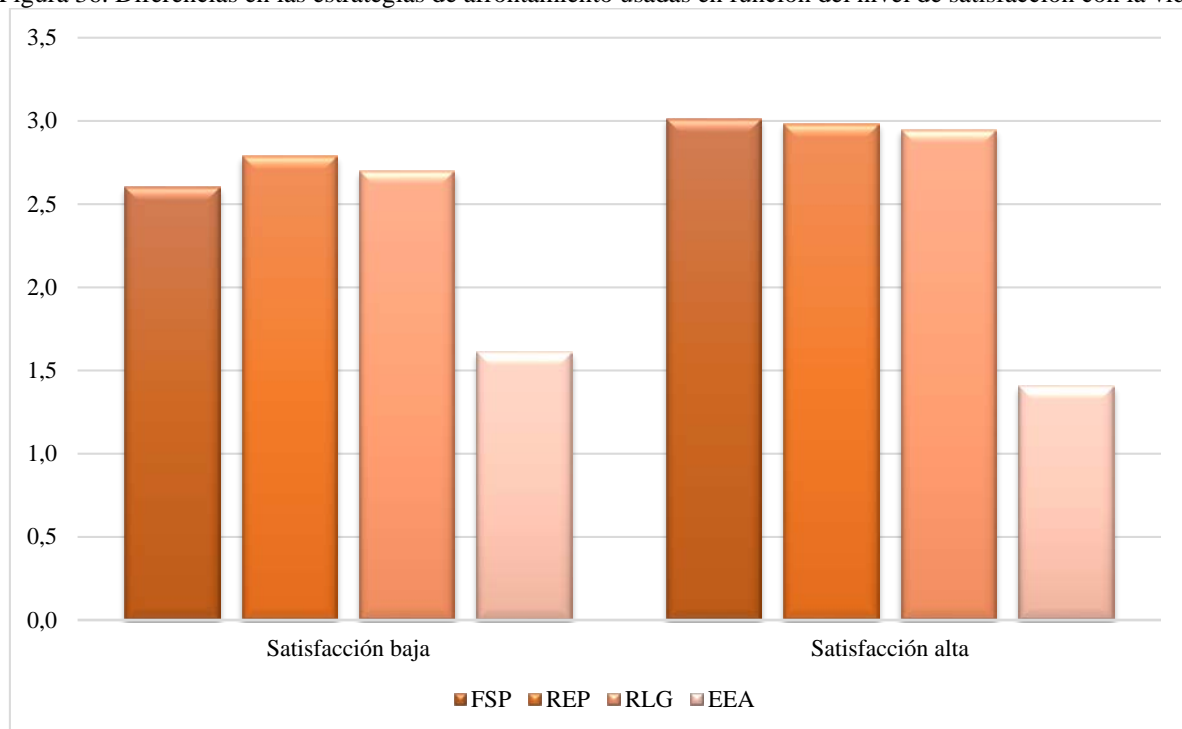
Figura 35. Diferencias en las estrategias de afrontamiento usadas en función del grupo de edad.



Por otro lado, se probó el contraste de las dimensiones de afrontamiento frente a los niveles de satisfacción con la vida (alto y bajo acorde a la media estadística) y el género. El

MANOVA resultante mostró diferencias en los contrastes multivariados tanto para los niveles de satisfacción ($F_{7, 384} = 5,34; p < 0,001; \eta^2 = 0,089$) como para el género ($F_{7, 384} = 5,21; p < 0,001; \eta^2 = 0,087$), pero no para su interacción. Luego de analizar los efectos inter sujetos, se observó que, en relación al nivel de satisfacción, se mostraron diferencias en las dimensiones de afrontamiento de focalización en la solución de problemas ($F_{1, 390} = 25,44; p < 0,001; \eta^2 = 0,061$), reevaluación positiva ($F_{1, 390} = 7,10; p = 0,008; \eta^2 = 0,018$), expresión emocional abierta ($F_{1, 390} = 5,63; p = 0,018; \eta^2 = 0,014$) y religión ($F_{1, 390} = 5,21; p = 0,023; \eta^2 = 0,013$). Así, se puede afirmar que las personas que tienen niveles altos de satisfacción tienden a usar la estrategia de focalización en la solución de problemas ($M = 3,01$), de reevaluación positiva ($M = 2,98$) y religión ($M = 2,95$), mientras que quienes presentan bajos niveles de satisfacción con la vida, usan la estrategia de expresión emocional abierta ($M = 1,61$), como se presenta en la Figura 36.

Figura 36. Diferencias en las estrategias de afrontamiento usadas en función del nivel de satisfacción con la vida.

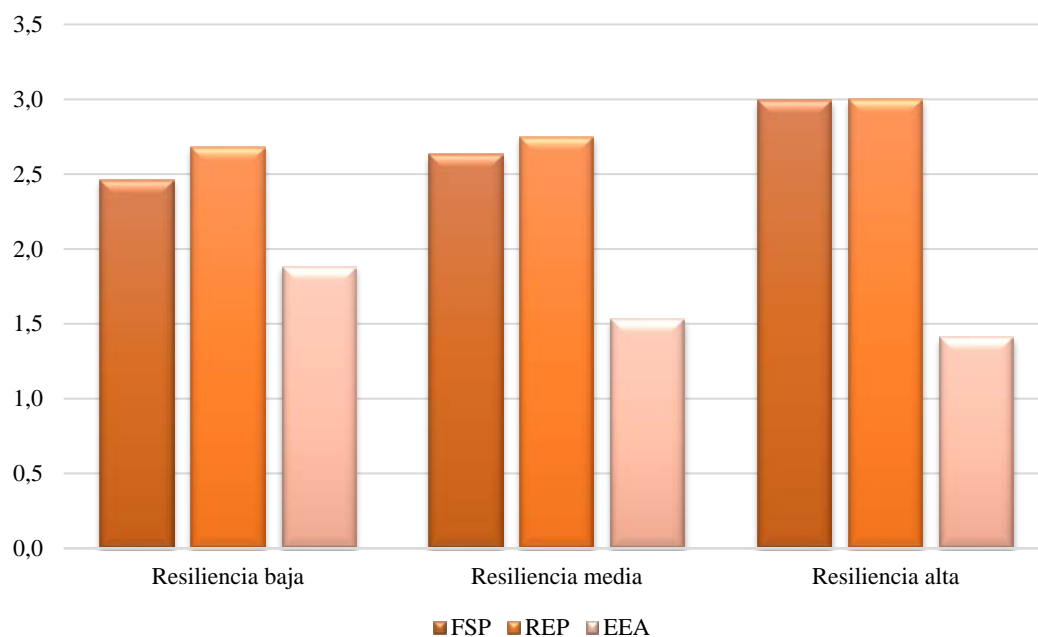


Nota: FSP = Focalización en la solución del problema; REP = Reevaluación Positiva; RLG = Religión; EEA = Expresión emocional abierta

En cuanto a la variable de género, las diferencias se marcaron ante el uso de la estrategia de afrontamiento religioso ($F_{1, 390} = 26,37; p < 0,001; \eta^2 = 0,063$), siendo las mujeres quienes tienden a usar más esta estrategia ($M = 3,1$).

También se contrastó las dimensiones de afrontamiento con los niveles de resiliencia (alto, medio y bajo, acorde a Sinclair y Wallston, 2004) y el género. El MANOVA mostró diferencias en los contrastes multivariados tanto para los niveles de resiliencia ($F_{14, 766} = 3,46$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,059$), para el género ($F_{7, 382} = 3,13$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,054$), y para su interacción ($F_{14, 766} = 2,22$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,039$). Al analizar los efectos inter sujetos, se observó que, en relación al nivel de resiliencia, se mostraron diferencias en las dimensiones de afrontamiento de focalización en la solución del problema ($F_{2, 388} = 12,68$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,061$), reevaluación positiva ($F_{2, 388} = 6,48$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,032$) y expresión emocional abierta ($F_{2, 388} = 5,56$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,028$). De esta manera se puede evidenciar que las personas con alto nivel de resiliencia ($M = 2,9$) tienden a usar más la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas y el tipo de reevaluación positiva; por el contrario, aquellas personas que tienen bajos niveles de resiliencia, usan el tipo de afrontamiento de expresión emocional abierta (Figura 37).

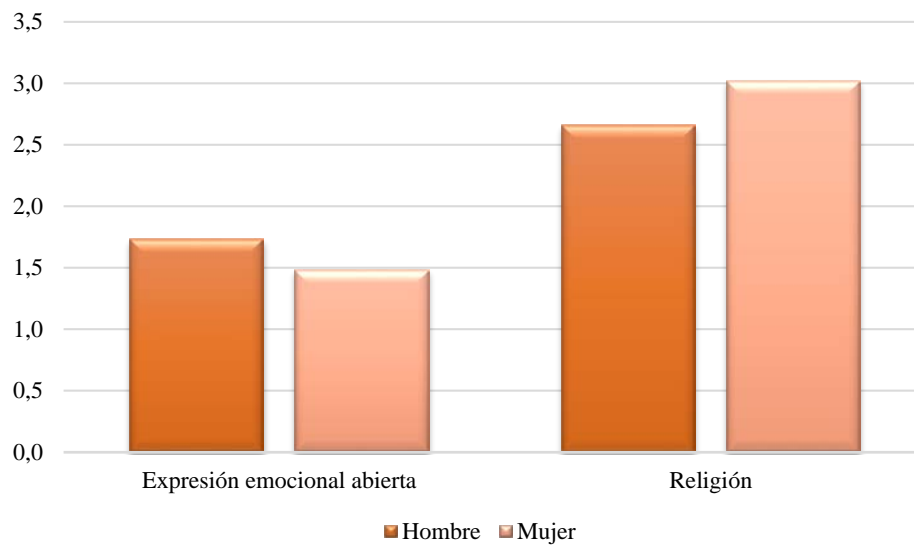
Figura 37. Diferencias en las estrategias de afrontamiento usadas en función de los niveles de resiliencia.



Nota: FSP = Focalizado en la solución del problema; REP = Reevaluación positiva; EEA = Expresión emocional abierta

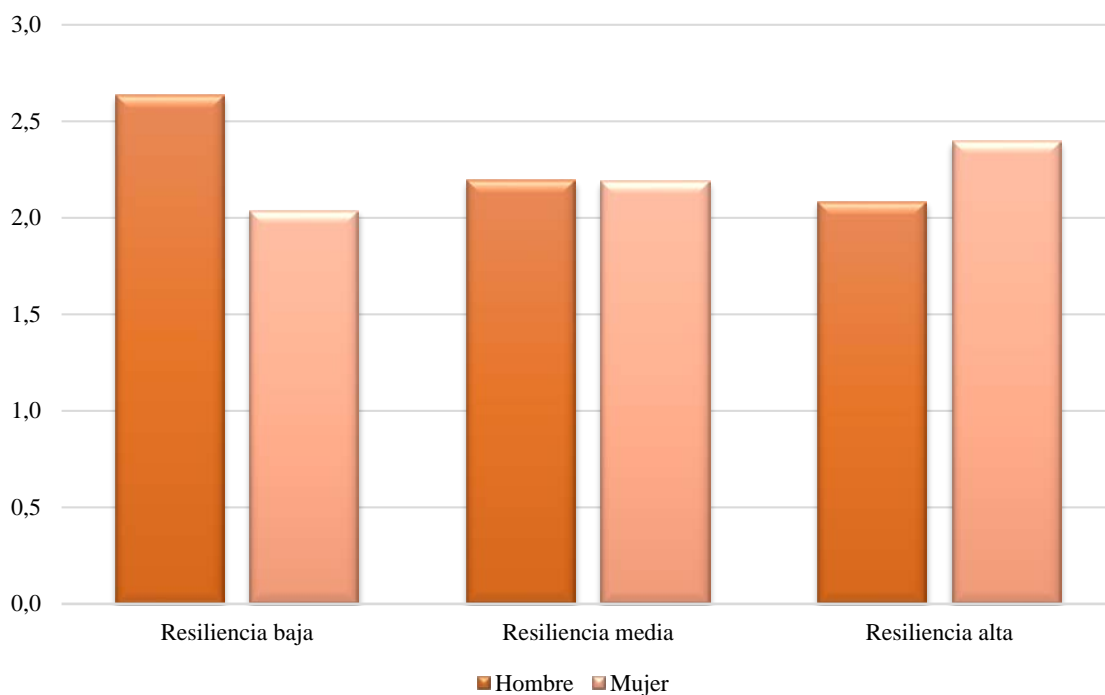
En cuanto al género, existen diferencias en la dimensión de afrontamiento de expresión emocional abierta ($F_{1, 388} = 4,93$; $p = 0,027$; $\eta^2 = 0,013$) y de religión ($F_{1, 388} = 6,30$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,016$). Esto deja en evidencia que los hombres usan más la dimensión de expresión emocional abierta y las mujeres usan más la dimensión de religión (Figura 38).

Figura 38. Diferencias en las dimensiones de expresión emocional abierta y religión en función del género.



Finalmente, en relación a la interacción entre nivel de resiliencia y género, se observaron diferencias en la dimensión de afrontamiento evitativo ($F_{2, 388} = 4,35; p = 0,013; \eta^2 = 0,022$). Ello implica que son los hombres con bajos niveles de resiliencia quienes más usan esta dimensión de afrontamiento a diferencia de las mujeres y de quienes tienen mayores niveles de resiliencia (Figura 39).

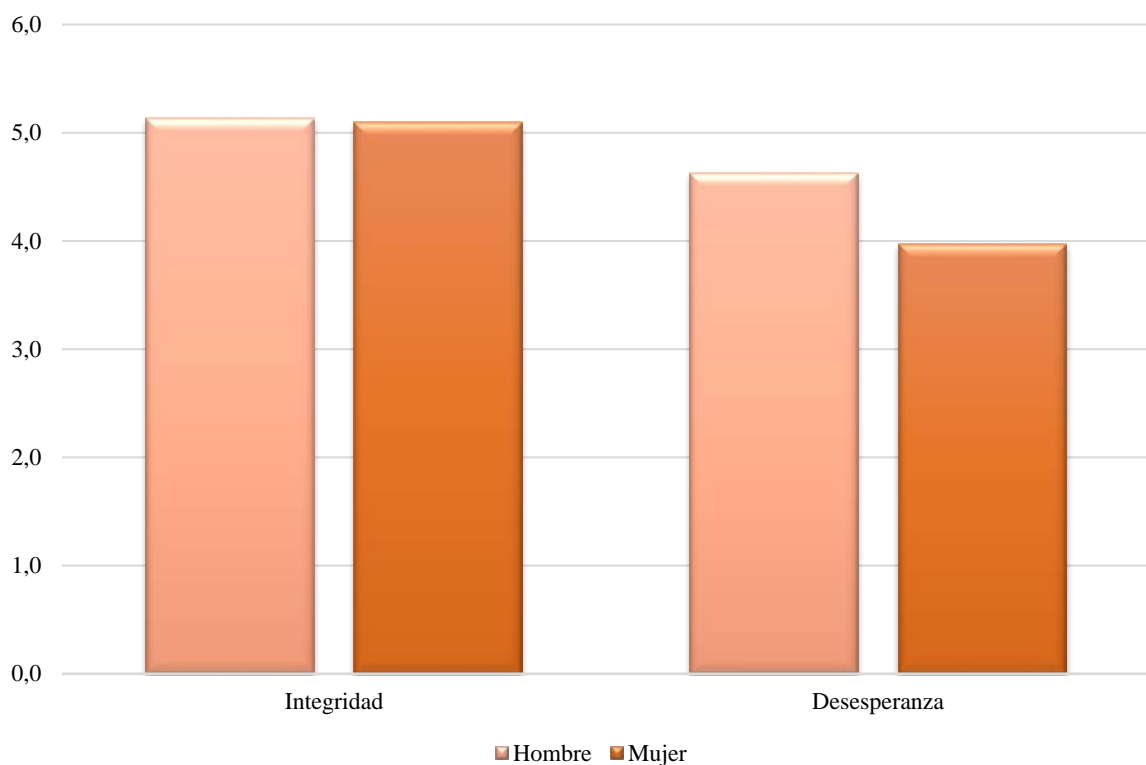
Figura 39. Diferencias en la dimensión de evitación en función del género y nivel de resiliencia.



Por otro lado, se contrastó las dimensiones de la escala NEIS con las variables sociodemográficas mencionadas anteriormente. El MANOVA mostró diferencias en los

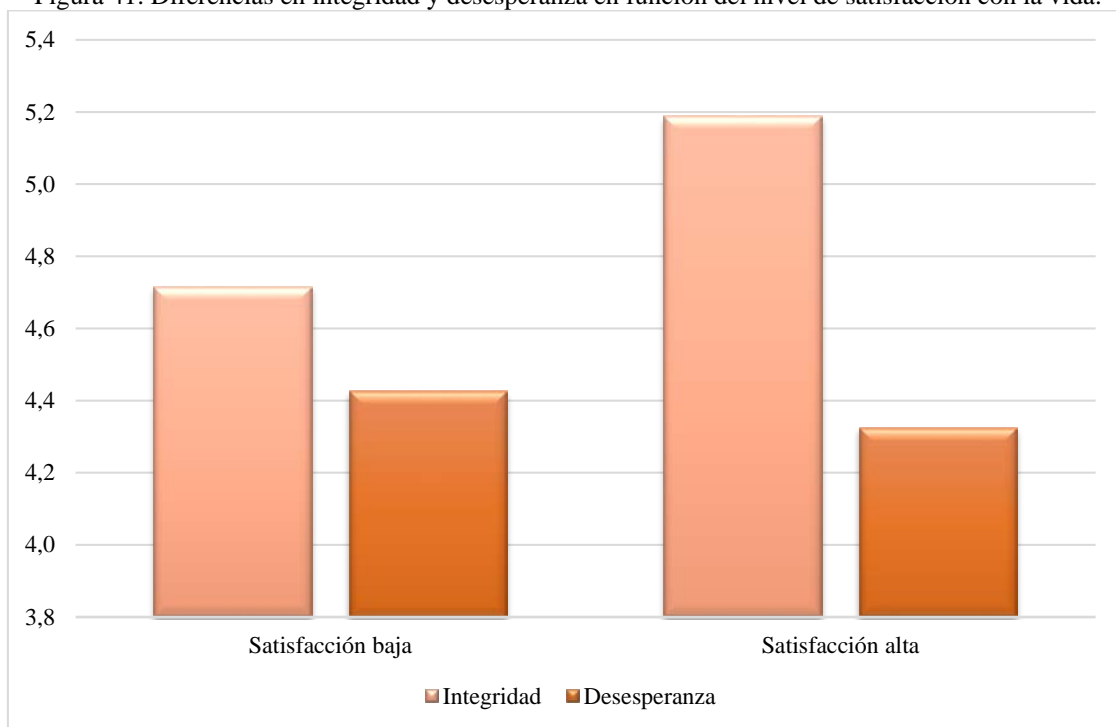
contrastes multivariados para la variable de género ($F_{2, 387} = 4,70$; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,024$), pero no para la variable de edad. Al analizar los efectos inter sujetos, se observó que existen diferencias en la variable de Desesperanza ($F_{1, 388} = 9,29$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,023$), habiéndose observado que los hombres presentan mayores niveles de Desesperanza ($M = 4,6$) en comparación con las mujeres ($M = 3,98$); mientras que en cuanto a la Integridad no se observaron diferencias significativas en cuanto a género.

Figura 40. Diferencias en integridad y desesperanza en función del género.



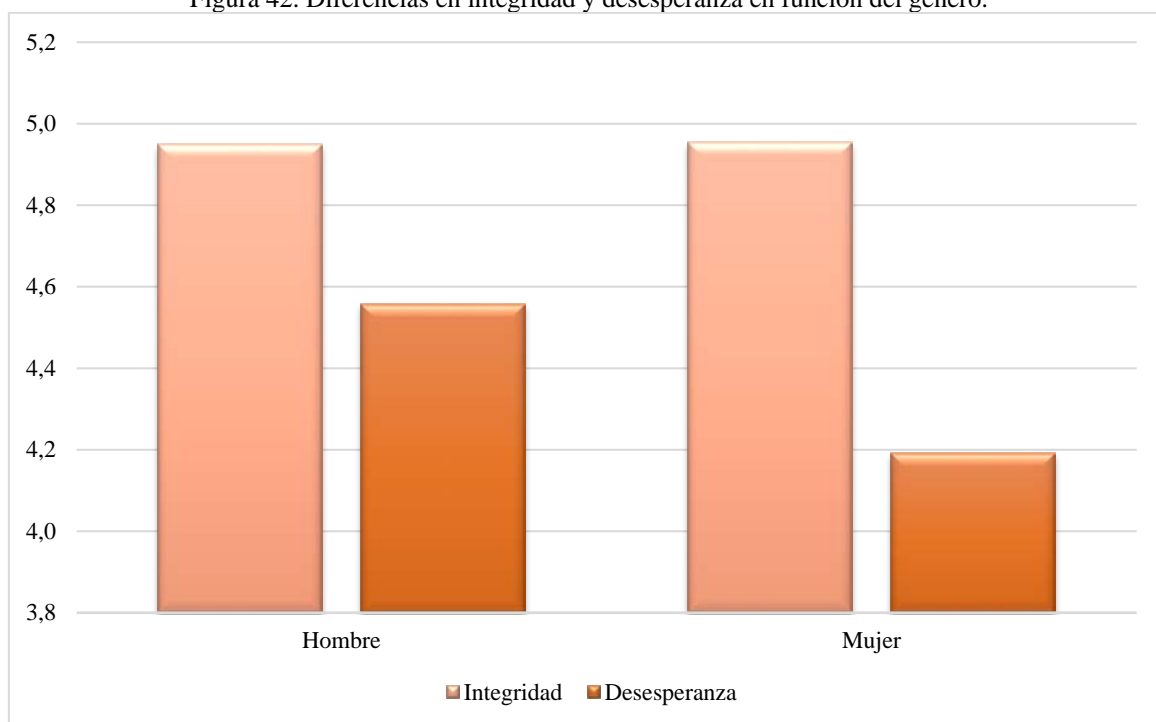
Por su parte, se probaron los contrastes entre la variable de NEIS con el nivel de satisfacción con la vida y la variable de género. Con el MANOVA, los contrastes multivariados mostraron diferencias para la variable de nivel de satisfacción con la vida ($F_{2, 389} = 20,77$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,097$) y para el género ($F_{2, 389} = 4,45$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,022$), pero no para su interacción. Posteriormente, se analizaron los efectos inter sujetos que, en relación al nivel de satisfacción con la vida, mostraron diferencias en la dimensión de Integridad ($F_{1, 390} = 39,45$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,092$), evidenciando que las personas que tienen un alto nivel de Satisfacción con la vida ($M = 5,2$) tienen más relación con la Integridad que aquellos que tienen bajos niveles de Satisfacción (Figura 41).

Figura 41. Diferencias en integridad y desesperanza en función del nivel de satisfacción con la vida.



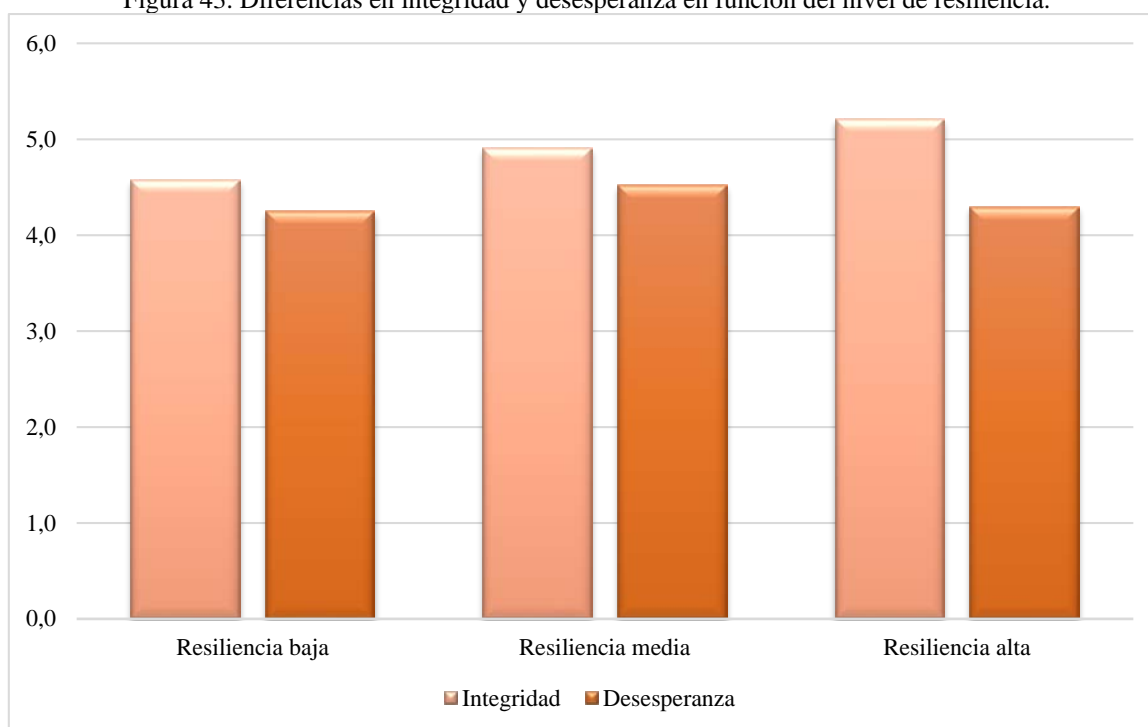
Por el contrario, en relación al género, se observaron diferencias en la dimensión de Desesperanza ($F_{1, 390} = 8,64; p = 0,003; \eta^2 = 0,022$). Con estos datos se afirma que los hombres muestran mayores niveles de Desesperanza ($M = 4,6$) que las mujeres ($M = 4,1$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Figura 42).

Figura 42. Diferencias en integridad y desesperanza en función del género.



Finalmente se contrastó la escala NEIS con los niveles de resiliencia y el género. El MANOVA resultante evidenció que existen diferencias en cuanto al nivel de resiliencia ($F_{4, 776} = 10,04; p < 0,001; \eta^2 = 0,049$) y al género ($F_{2, 387} = 3,96; p = 0,020; \eta^2 = 0,020$). Al analizar los efectos inter sujetos, se constató que, en relación a los niveles de resiliencia, existen diferencias en la dimensión de integridad ($F_{2, 388} = 19,68; p < 0,001; \eta^2 = 0,092$). De esta manera se observa que existen diferencias para los tres niveles de resiliencia, considerando que a mayor nivel de resiliencia ($M = 5,2$) habrá mayor nivel de integridad (Figura 43).

Figura 43. Diferencias en integridad y desesperanza en función del nivel de resiliencia.



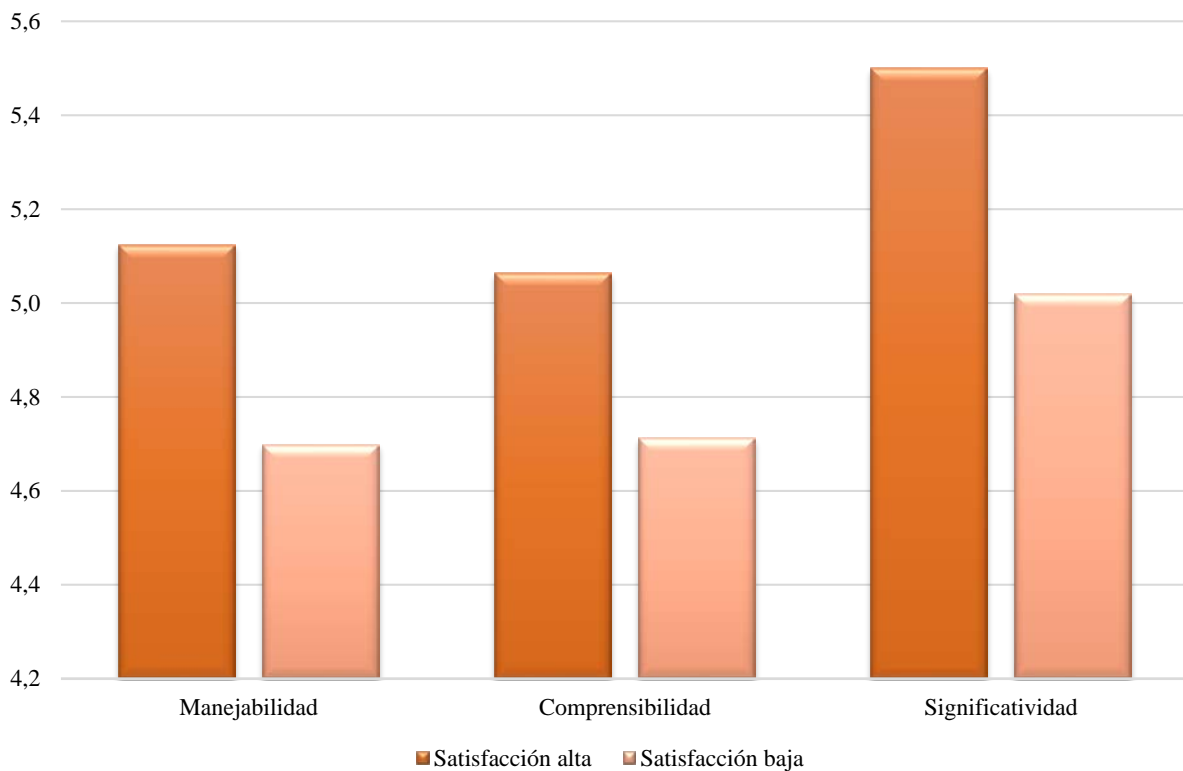
En relación al género, se evidenciaron diferencias en la dimensión de desesperanza ($F_{1, 388} = 7,92; p = 0,005; \eta^2 = 0,020$), determinando que los hombres tienen mayores niveles de desesperanza ($M = 4,5$) que las mujeres ($M = 4,1$), tal como se señaló anteriormente.

Siguiendo con los análisis, se contrastó la escala de Sentido de Coherencia (SOC) con las variables de edad estratificada y con el género. Sin embargo, en este caso el MANOVA no mostró diferencias en los contrastes multivariados para las variables sociodemográficas planteadas.

Se procedió entonces con el contraste de la escala SOC con las variables de género y nivel de satisfacción. El MANOVA resultante mostró diferencias en los contrastes multivariados para el nivel de satisfacción ($F_{3, 388} = 5,85; p = 0,001; \eta^2 = 0,043$), pero no así

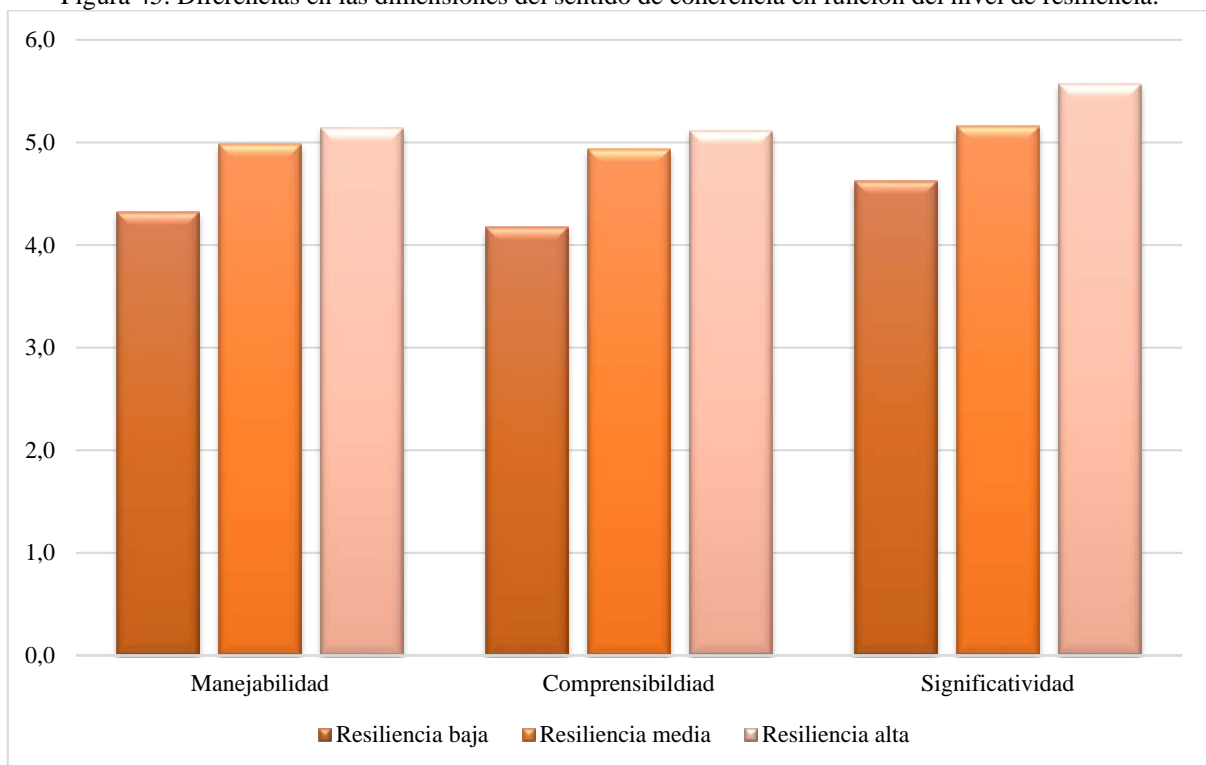
para el género ni su interacción. Cuando se analizaron los efectos inter sujetos se observaron diferencias en cuanto al nivel de satisfacción en todas las dimensiones de la escala SOC, a saber: Manejabilidad ($F_{1,390} = 8,97; p = 0,003; \eta^2 = 0,023$); Comprensibilidad ($F_{1,390} = 4,94; p = 0,027; \eta^2 = 0,013$) y Significatividad ($F_{1,390} = 14,82; p = 0,000; \eta^2 = 0,037$). Se comprueba de esta manera que, en todos los casos, los niveles altos de satisfacción tienen relación con las dimensiones de la escala SOC (Figura 44).

Figura 44. Diferencias en las dimensiones del sentido de coherencia en función del nivel de satisfacción con la vida.



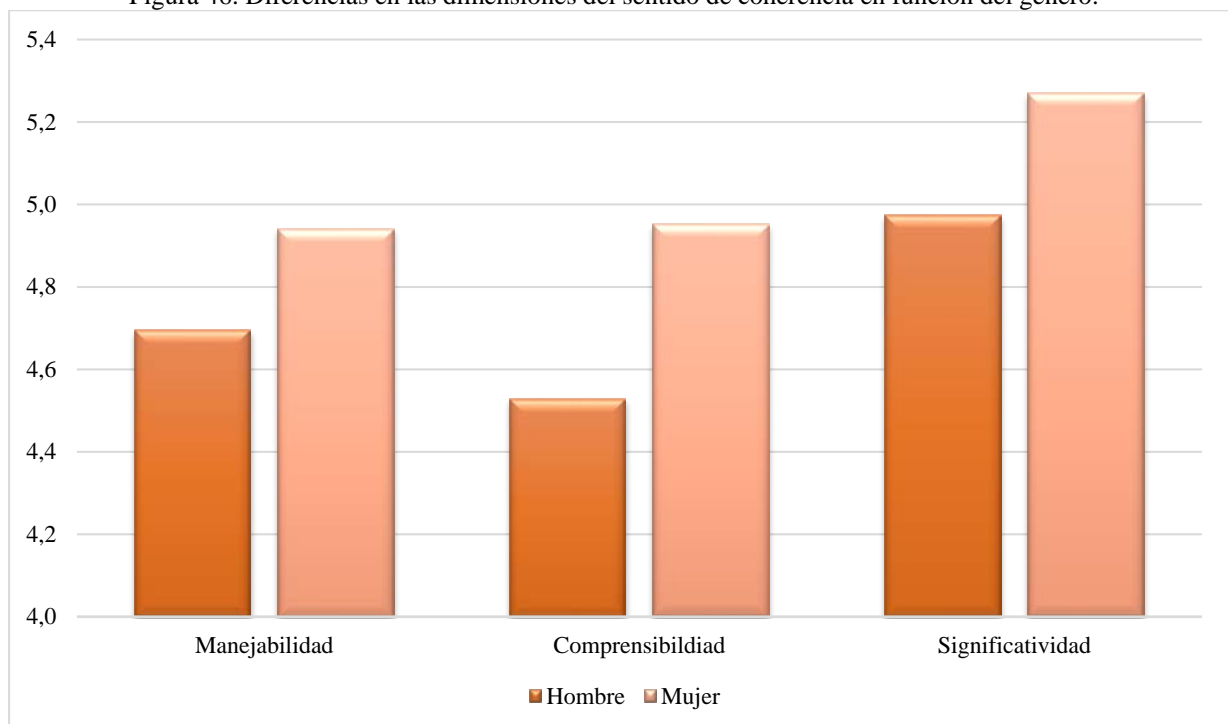
Finalmente, se contrastó las dimensiones del SOC con el nivel de resiliencia y el género. El MANOVA resultante evidenció diferencias para el nivel de resiliencia ($F_{6,774} = 5,77; p < 0,001; \eta^2 = 0,043$) y para el género ($F_{3,386} = 2,66; p = 0,048; \eta^2 = 0,020$), pero no para su interacción. Al analizar los efectos inter sujetos, se evidenció que, en relación al nivel de resiliencia, existen diferencias para todas las dimensiones de la escala SOC, a saber: Manejabilidad ($F_{2,388} = 8,47; p < 0,001; \eta^2 = 0,042$), Comprensibilidad ($F_{2,388} = 11,04; p < 0,001; \eta^2 = 0,054$) y Significatividad ($F_{2,388} = 11,36; p < 0,001; \eta^2 = 0,055$). Ello implica que las personas con bajos niveles de resiliencia tienen menor puntuación en todas las dimensiones de la escala SOC (Figura 45).

Figura 45. Diferencias en las dimensiones del sentido de coherencia en función del nivel de resiliencia.



En cuanto al género, se evidenciaron diferencias únicamente para la dimensión de Comprensibilidad ($F_{1, 388} = 7,38$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,019$), determinando que las mujeres tienen mayores niveles de esta dimensión ($M = 4,9$) que los hombres ($M = 4,5$) (Figura 46).

Figura 46. Diferencias en las dimensiones del sentido de coherencia en función del género.



4. Análisis de Regresión Lineal.

Se realizaron estadísticos de regresión lineal para la Integridad y la Desesperanza, considerando el estado de ánimo deprimido (CES-D), Satisfacción con la vida, Autoeficacia, y las tres dimensiones de Sentido de Coherencia: manejabilidad, comprensibilidad y significatividad.

Los resultados de los análisis de regresión mostraron que las relaciones multivariadas con Integridad ($R^2_{adj} = 0,24$; $F_{6, 393} = 21,41$; $p < 0,001$) y Desesperanza ($R^2_{adj} = 0,14$; $F_{6, 393} = 11,98$; $p < 0,001$) fueron significativas, puesto que los modelos explicaron una variación del 24% para la Integridad y del 14% para la Desesperanza.

Cuando se examinó la integridad, los resultados mostraron que, mientras que el estado de ánimo deprimido mostró una relación negativa con la Integridad, la Satisfacción con la vida, la Autoeficacia y la Significatividad (como parte del Sentido de Coherencia) mostraron relaciones positivas. De hecho, se observó que la relación con la Satisfacción con la vida y con la Autoeficacia General resultó ser la más fuerte.

Por su parte, la Desesperanza mostró una relación significativa y positiva con el estado de ánimo deprimido, mientras que con la Manejabilidad y la Comprensibilidad (Sentido de Coherencia) se mostraron relaciones significativas y negativas. Es importante mencionar que la relación más fuerte sucedió con la Comprensibilidad, que es el componente cognitivo del Sentido de Coherencia.

Tabla 16. Coeficientes de regresión lineal múltiple para Integridad y Desesperanza.

Criterio: Integridad	B	SE B	B	t	IC 95% para B	
					Inf	Sup
CES-D	-0,011	0,005	-0,099	-2,047*	-0,021	0,000
Satisfacción con la vida	0,171	0,030	0,280	5,745***	0,112	0,229
Autoeficacia General	0,256	0,058	0,212	4,424***	0,142	0,370
Manejabilidad	0,024	0,032	0,040	0,749	-0,039	0,086
Comprensibilidad	-0,019	0,031	-0,032	-0,607	-0,081	0,043
Significatividad	0,062	0,028	0,115	2,217*	0,007	0,117

Criterio: Desesperanza	B	SEB	B	t	IC 95% para B	
					Inf	Sup
CES-D	0,020	0,010	0,106	2,071*	0,001	0,040
Satisfacción con la vida	0,052	0,056	0,047	0,918	-0,059	0,162
Autoeficacia General	0,020	0,109	0,009	0,182	-0,195	0,235
Manejabilidad	-0,159	0,060	-0,150	-2,666**	-0,277	-0,042
Comprensibilidad	-0,209	0,059	-0,199	-3,530***	-0,326	-0,093
Significatividad	-0,103	0,053	-0,107	-1,952	-0,206	0,001

Nota: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

5. Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Tal y como se mostró anteriormente, y una vez comprobada la estructura factorial de cada escala, se procedió a proponer un modelo general para predecir la integridad. Se incluyeron para este modelo aquellas escalas que presentaron un ajuste adecuado, a saber:

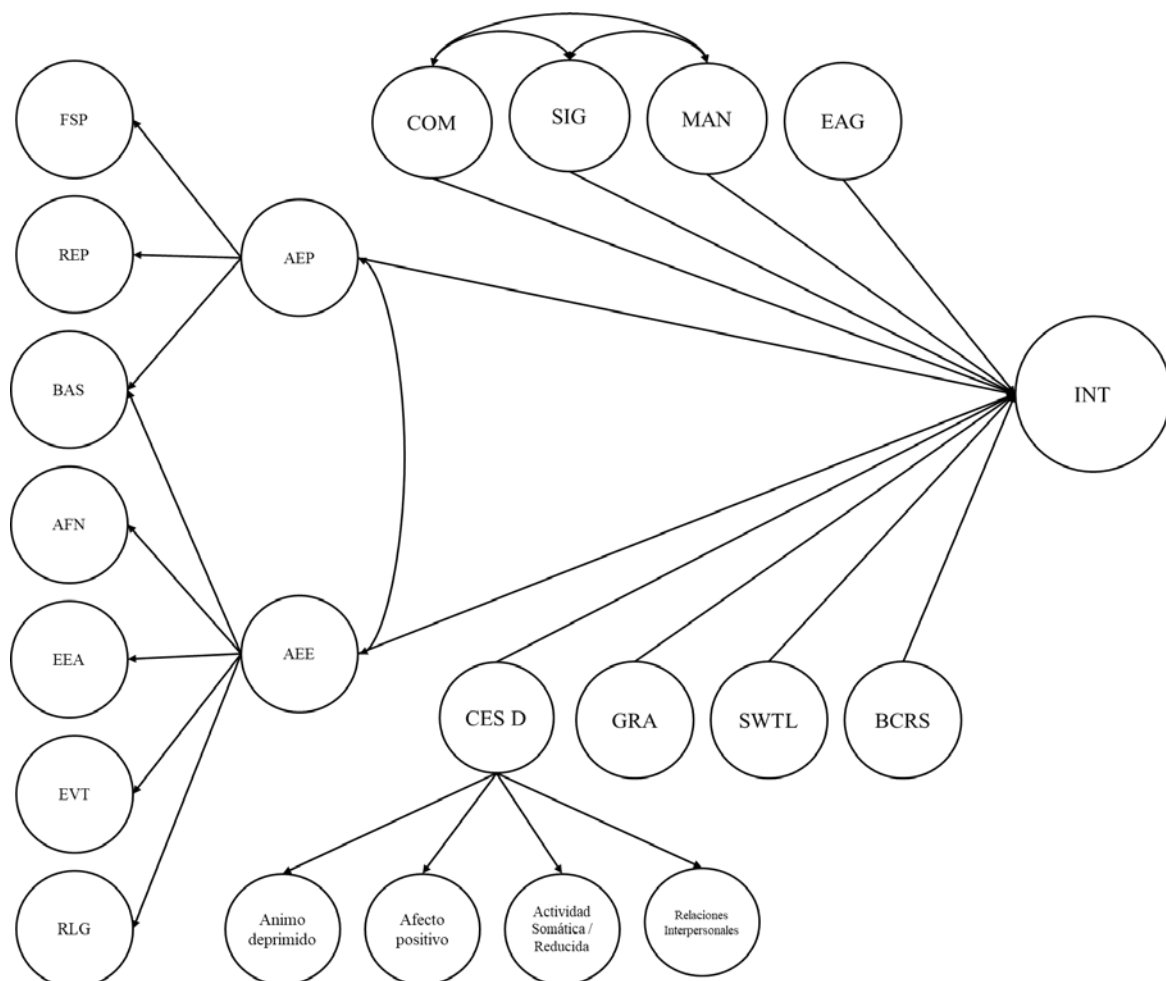
- a) satisfacción con la vida (*Satisfaction With Life Scale*),
- b) resiliencia (*Brief Resilient Coping Scale*),
- c) autoeficacia (Escala de autoeficacia general),
- d) gratitud (*Gratitude Questionary*),
- e) afrontamiento (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés),
- f) sentido de coherencia (*Sense of coherence*),
- g) depresión (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale*).

La hipótesis que se planteó detrás del modelo, es que el factor de Integridad tiene variables psicológicas que lo predicen de manera positiva, mientras que algunas variables presentaran una relación negativa. De este modo, los dos factores de afrontamiento, aunque correlacionados presentaran relaciones con integridad de signo diferente, de tal modo que el factor compuesto por las estrategias orientadas a la emoción será negativo mientras que el factor orientado a la solución de problemas mostrara una relación positiva. El estado de ánimo negativo, también será un predictor de signo negativo para la consecución de la integridad. Finalmente, y como factores independientes no relacionados entre ellos, pero con un signo positivo hacia la integridad, se plantean aquellas variables que dan apoyo al desarrollo positivo y a la aceptación del sujeto como tal, con sus aspectos positivos y negativos integrados en su propio yo, siendo la base de la consecución de la integridad; de este modo, se plantean como predictores positivos: el sentido de coherencia como disposición global orientativa de quienes somos, la autoeficacia o creencia en las propias habilidades para alcanzar objetivos de forma exitosa, la gratitud como una tendencia a reconocer y responder con una emoción grata frente a las acciones de los otros hacia uno, la resiliencia o capacidad de resistir el sufrimiento y de superarlo de forma positiva y la satisfacción o bienestar subjetivo como la evaluación que una

persona hace de su vida, el equilibrio entre lo afectivo y lo cognitivo que permite a las personas juzgar sus propias vidas en función de sus propios valores y estándares.

En la figura 47 se presenta el modelo que surgió de la hipótesis inicial, donde se hipotetiza que las variables psicológicas antes mencionadas determinan la Integridad en adultos mayores ecuatorianos. Para construir este modelo, se usó el estimador DWLS en el programa R con el paquete lavaan.

Figura 47. Modelo inicial de predictores de la Integridad en adultos mayores ecuatorianos.



Nota: FSP = Focalizado en la solución del problema. REP = Reevaluación positiva. BAS = Búsqueda de apoyo social. AFN = Autofocalización negativa. EEA = Expresión emocional abierta. EVT = Evitación. RLG = Religión. AEP = Afrontamiento enfocado en el problema. AEE = Afrontamiento enfocado en la emoción. COM = Comprensibilidad. SIG = Significatividad. MAN = Manejabilidad. EAG = Autoeficacia General. GRA = Gratitud. SWTL = Satisfacción con la vida. BCRS = Resiliencia. INT = Integridad

Tal como se puede observar, se planteó que el afrontamiento está formado por el factor de Afrontamiento orientado al problema (a su vez formado por la focalización en la solución del problema, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva), y el segundo factor de

afrontamiento orientado a la emoción (formado por búsqueda de apoyo social, autofocalización negativa, evitación, expresión emocional abierta y religión), junto con el factor de satisfacción con la vida, gratitud, resiliencia, autoeficacia, sentido de coherencia (formado por los factores de comprensibilidad, significatividad y manejabilidad) y depresión (formado por los factores de relaciones interpersonales, actividad somática y reducida, afecto positivo y ánimo deprimido) predicen la Integridad.

5.1. Modelo Estructural.

Una vez que se ingresaron los datos al programa con el fin de estimar el modelo planteado en la Figura 47 se pudo observar que los valores que se arrojaron mostraron un buen ajuste, dado que los valores están dentro de rangos aceptables: $\chi^2 = 12127,35$ ($p < 0,001$); $gl = 5381$; CFI = 0,921; TLI = 0,918; RMSEA = 0,056. Sin embargo, un análisis más detallado de los resultados demostró que varios factores resultaron no significativos, y, por ende, con cargas factoriales en extremo bajas.

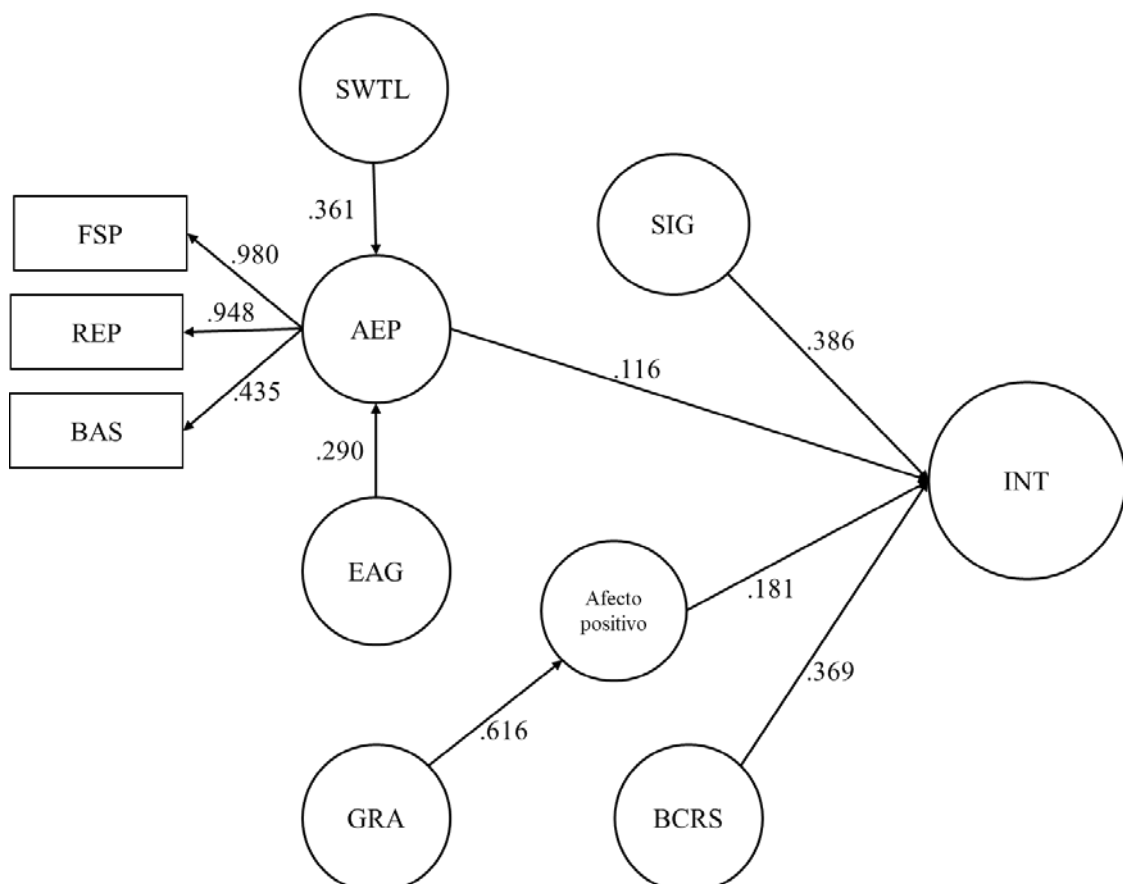
Dada esta situación, se procedió a eliminar las variables no significativas, y, además se hizo uso de los índices de modificación con el fin de obtener un modelo robusto y con valores adecuados en todos los ámbitos. Por ello, se eliminaron las variables de comprensibilidad y manejabilidad del sentido de coherencia, así como las dimensiones del factor de afrontamiento basado en la emoción y en cuanto al factor de depresión, se trabajó con el que mejores valores mostró, que era el de afecto positivo.

Incluso con estos cambios, se mantiene aún la hipótesis inicial, en donde la integridad está formada por la autoeficacia, la satisfacción con la vida, la gratitud y la resiliencia; en el afrontamiento se considera aquel orientado a la solución del problema y en cuanto a la depresión se considera su variable de afecto positivo. Este modelo presentó valores más robustos, reduciendo el chi cuadrado, los grados de libertad y mejorando los valores de CFI, TLI y RMSEA, a saber: $\chi^2 = 2804,54$ ($p < 0,001$); $gl = 1519$; CFI = 0,970; TLI = 0,969; RMSEA = 0,046. Aunque estos valores son más adecuados, las cargas factoriales y su significancia seguían siendo deficientes, por lo que se intentó mejorar aún más el modelo.

De esta manera, en base a los índices de modificación propuestos, se establecieron

nuevas relaciones entre las variables que den cuenta de la Integridad. Así, se determinó que el afrontamiento orientado a la solución del problema, que se compone de los tipos de afrontamiento de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, podría actuar como mediador para la autoeficacia y la satisfacción con la vida para predecir la Integridad. Así mismo, se postuló que la gratitud, como disposición, genera afecto positivo (dimensión de la CES-D), y deberían predecir Integridad. Finalmente, la resiliencia y la dimensión de significatividad del sentido de coherencia, deberían predecir directamente la Integridad. Tras poner a prueba este modelo, los índices obtenidos, así como las cargas factoriales, ofrecieron un correcto ajuste, tal y como se muestra a continuación: $\chi^2 = 2643,58$ ($p < 0,001$); $gl = 1519$; CFI = 0,974; TLI = 0,973; RMSEA = 0,043. El modelo resultante se puede apreciar en la Figura 48.

Figura 48. Modelo final de predictores de la Integridad en adultos mayores ecuatorianos.



Nota: FSP = Focalizado en la solución del problema. REP = Reevaluación positiva. BAS = Búsqueda de apoyo social. AEP = Afrontamiento enfocado en el problema. SIG = Significatividad. EAG = Autoeficacia General. GRA = Gratitud. SWTL = Satisfacción con la vida. BCRS = Resiliencia. INT = Integridad. Todos los valores son significativos ($p < 0,001$).

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Tradicionalmente en diversas disciplinas científicas el término vejez estaba asociado a conceptos como enfermedad, problemas de memoria, senilidad, demencia, pobreza y depresión (Lupien y Wan, 2004), sin embargo, contrariamente a esta postura, desde finales del siglo XX y en base a diversos cambios sociales y a los resultados científicos se dio paso a diversos enfoques que señalaban la etapa del envejecimiento como un momento de desarrollo positivo y por tanto de consecución del bienestar (Gutiérrez et al., 2018).

Y es que el interés por el envejecimiento ha aumentado, y aunque inicialmente una de las razones fundamentales fue que a nivel poblacional se constató un incremento extraordinario en todo el mundo con claras modificaciones en las pirámides poblacionales, actualmente ya no solo se trata de prolongar los años de las personas, sino que dicho envejecimiento sea óptimo y en las mejores condiciones para el ser humano.

Ya desde finales de la década de los '60 y en su análisis del ciclo vital completo, Erikson propuso para esta última etapa del desarrollo una lucha de contrarios entre la “Integridad del ego frente a la Desesperanza” (Erikson, 1956, 1964, 1984), donde la persona, en previsión del final de sus días, comienza a analizar de forma profunda cómo ha sido su vida, cómo han sido

sus relaciones con las personas de su entorno, cómo se ha enfrentado a los problemas y qué ha aportado; de este modo en esta etapa, comienza un proceso donde el sujeto puede buscar el significado de su vida, revisar las decisiones que tomó y descubrir los valores que marcaron su camino. El resultado de esta evaluación dará el dictamen de si el individuo consigue la integridad o, por el contrario, llega a la desesperanza (Hawkes, 2004).

Es por ello que el objetivo principal de esta tesis era poner a prueba un modelo de consecución de la integridad para adultos mayores ecuatorianos, con el fin de especificar los factores que la componen, y así determinar qué aspectos o áreas se pueden potenciar en el adulto mayor de manera que pueda optimizar su desarrollo en esta etapa final de la vida.

1. Primer objetivo. Análisis de las escalas.

Como primer objetivo de la tesis, se planteó analizar la confiabilidad y validez de las escalas utilizadas como instrumentos de medida dada la necesidad de adaptar y validar los mismos a población ecuatoriana de adultos mayores. Para el desarrollo de este objetivo en primer lugar se obtuvo el alfa de Cronbach y posteriormente se aplicó análisis factorial confirmatorio. Este objetivo era determinante pues el correcto funcionamiento de las escalas era el paso previo a la creación del modelo final para predecir la integridad. Sin duda, este primer objetivo, además, garantizaba la calidad y la precisión de la investigación, pues tal como se sugiere por parte de la *International Test Commission*, es importante contar con instrumentos que se ajusten a la población a la que se pretende investigar, y a las condiciones del contexto (ITC, 2014).

En esta investigación se incluyeron las escalas de ánimo deprimido (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale*), satisfacción con la vida (*Satisfaction With Life Scale*), resiliencia (*Brief Resilient Coping Scale*), autoeficacia (Escala de autoeficacia general), gratitud (*Gratitude Questionary*), afrontamiento (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés), sentido de coherencia (*Sense of Coherence*), bienestar (*Mental Health Continuum Short Form*) y salud subjetiva. Sin embargo, es importante mencionar que estas dos últimas escalas no presentaron un buen ajuste en el análisis factorial confirmatorio, a pesar de las modificaciones

que se hicieron, por lo que no fueron incluidas para generar el modelo predictivo de integridad.

En cuanto a la CES-D (Radloff, 1997), se ha señalado que se trata de una escala para medir los síntomas del estado de ánimo deprimido y no como medida diagnóstica de depresión (Guarnaccia et al., 1989), siendo, sin embargo, el instrumento más usado en unidades de atención primaria como medida de tamizaje (Ros et al., 2011) así como en el ámbito de la investigación (Edwards et al., 2010).

En referencia a su estructura factorial, nuestra investigación confirmó que se trata de un modelo de segundo orden con 4 factores: ánimo deprimido, relaciones interpersonales, actividad somática - actividad reducida y afecto positivo, que convergen en el factor de estado de ánimo deprimido. Estos resultados coinciden con aquellos postulados por Ros et al. (2011), quienes basaron su estudio en adultos mayores de habla hispana, obteniendo también un modelo de segundo orden. Resultados similares en cuanto a la estructura de la escala se han observado al aplicarla en adolescentes (Blodgett et al., 2021) o en estudiantes universitarios españoles (Cardeñoso y Calvete, 1999) y colombianos (Villalobos, 2010), así como en adultos (Sheehan et al., 1995) y en población portuguesa (Gonçalves y Fagulha, 2004), lo que avala los resultados obtenidos. Algunos de estos estudios también han señalado que este modelo de segundo orden presenta medidas tan adecuadas como aquellos que presentan solo 4 factores (Gonçalves y Fagulha, 2004; Sheehan et al., 1995) tal como el propuesto por el autor original de la escala (Radloff, 1977) o en otros estudios en población adulta mayor (Zhang et al., 2011), y, por tanto, resulta igualmente válido.

Sin embargo, también existen otros autores que señalan diferencias en la estructura de la escala, afirmando que está formada por dos factores claramente diferenciados: un factor general de depresión, que incluye el ánimo deprimido, la actividad somática y actividad reducida, así como las relaciones interpersonales, y otro factor de afecto positivo (Edman et al., 1999; Edwards et al., 2010). Otros autores también han mencionado que la escala podría estar formada por una sola dimensión, pero que solo incluye 15 ítems (Edwards et al., 2010).

En cuanto a la fiabilidad de la escala, se han reportado varias medidas, que difieren de acuerdo a la población de estudio. En este sentido, investigaciones con jóvenes, adultos o adultos mayores reportan valores de alfa de Cronbach entre 0,81 y 0,92 (Carleton et al., 2013; Edman et al., 1999; Ros et al., 2011). Aunque se ha reportado que el valor de alfa no es siempre

el reflejo de la real consistencia de la escala (Sijtsma, 2009), nuestro valor reportado de 0,70 se considera aceptable para esta escala (Oviedo y Campo, 2005).

La satisfacción con la vida es reconocida como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, e indica una evaluación de la calidad de vida de la persona en general (Pavot y Diener, 2004). Aunque existen escalas de ítems únicos o múltiples para medir este constructo (Jovanović, 2016), esta investigación empleó la Satisfaction with Life scale (Diener et al., 1985), que es ampliamente usada y aceptada para evaluar cómo las personas conceptúan su satisfacción con la vida en base a sus propios criterios y valores (Anaby et al., 2010; Gouveia et al., 2009).

En cuanto a su estructura factorial, gran parte de las investigaciones dan cuenta de que se trata de una escala con una sola dimensión, siendo, por tanto, unifactorial, tal como lo propuso su autor original (Diener et al., 1985) y también lo reportó Atienza et al. (2000), de quien se tomó la versión en español para esta investigación.

La escala, debido a su facilidad de aplicación y formato breve, ha sido ampliamente estudiada en tanto su invarianza de medida a través de diferentes poblaciones (Jang et al., 2017), invarianza entre sexos (Atienza et al., 2003), o invarianza entre diferentes grupos etarios (Pons et al., 2000) señalando que sí existen ligeras diferencias a considerar en dichos estudios. También se ha evaluado las características psicométricas de esta escala en grupos específicos, como mujeres infértiles (Maroufizadeh et al., 2016), o personas con esclerosis múltiple (Lucas et al., 2014); en diferentes países como Alemania (Hinz et al., 2018), Perú (Arias et al., 2018) o Brasil (Gouveia et al., 2009); y sobretodo, se ha puesto mayor interés en personas adultas mayores (Caycho-Rodríguez et al., 2018a; Durak et al., 2010; Pons et al., 2000; Requena et al., 2009; Sancho et al., 2014), demostrando que se trata de una escala válida para el estudio de la satisfacción con la vida en este grupo poblacional.

Referente a la fiabilidad de la escala, este estudio revela un valor de alfa de Cronbach de 0,80. Esta medida es superior al indicado en el estudio de Durak et al. (2010), quien señala un valor de 0,72, pero menor al reportado por Caycho-Rodríguez et al. (2018a), quienes señalan un valor de 0,93; y de Sancho et al. (2014), con un valor de 0,92. De esta manera se comprueba que la escala usada en esta investigación muestra adecuada fiabilidad.

La resiliencia, por su parte, se refiere a la habilidad de recuperarse, donde el individuo

tiene una visión positiva ante el estrés y lo puede manejar de forma efectiva, adaptándose al cambio y afrontando las situaciones adversas (Fung, 2020). Para el desarrollo de este estudio, la resiliencia fue evaluada mediante la *Brief Resilient Coping Scale* (Sinclair y Wallston, 2004); esta escala destaca por su brevedad al contar con solo 4 ítems, habiéndose aplicado la adaptación a adultos mayores españoles confirmada por Tomás, Meléndez et al. (2012).

Analizando a la estructura factorial de la escala, varios estudios coinciden en una estructura unifactorial, incluso en diferentes países e idiomas como China (Fung, 2020), Alemania (Kocalevent et al., 2017), España (Limonero et al., 2014), Italia (Murphy et al., 2021), Perú (Caycho-Rodríguez et al., 2018b). También se ha probado su validez en adultos mayores, señalando así mismo, la unidimensionalidad de la escala (Caycho-Rodríguez et al., 2018b; Gallardo-Peralta et al., 2020; Tomás et al., 2012; Tomás, Meléndez et al., 2012). Dichos estudios validan nuestros resultados, al presentar, de igual forma, una estructura unifactorial.

Los análisis de invarianza métrica y escalar en relación al género de algunos estudios han demostrado que no existen diferencias entre hombres y mujeres, pero sí en cuanto a diferentes grupos de edad (Kocalevent et al., 2017). También se ha analizado la invarianza entre grupos de italianos residentes y migrantes, mostrando que no hay diferencia entre los grupos (Murphy et al., 2021). Acerca de la escala, también se ha confirmado que predice de manera positiva el bienestar en adultos mayores (Tomás et al., 2012). Estos estudios confirman la importancia del análisis de la escala que evalúa este constructo, y así también reafirma la necesidad de su valoración en adultos mayores.

Respecto a la fiabilidad de la escala, varios estudios reportan valores de alfa mínimos aceptables, o incluso más bajos (0,59: Fung, 2020; 0,78: Kocalevent et al., 2017; 0,67: Limonero et al., 2014; 0,69: Murphy et al., 2021), sin embargo, estudios en población adulta mayor señalan valores de alfa más elevados (0,90: Gallardo-Peralta, et al., 2020; 0,83: Tomás, Meléndez et al., 2012; 0,87: Caycho-Rodríguez et al., 2018b; 0,86: Moret-Tatay et al., 2015). Con estos antecedentes, se demuestra que el valor obtenido de alfa de Cronbach (0,76), aunque inferior a los señalados para estudios con población de adultos mayores, es válido.

La autoeficacia se refiere a la creencia que tienen las personas de ser capaces de controlar ambientes desafiantes, tomar acciones adaptativas y lidiar con estresores (Schwarzer et al., 1997). Aunque se ha conceptualizado que pueden existir creencias de autoeficacia en un

dominio específico, también se ha conceptualizado una creencia de autoeficacia generalizada, por lo que, para esta investigación se usó la escala de Autoeficacia General propuesta por Schwarzer y Jerusalem (1995), pero con la versión en español, adaptada al contexto ecuatoriano, de Bueno-Pacheco et al. (2018).

Al analizar la estructura factorial de la escala, varios autores señalan la unidimensionalidad de la misma, lo que coincide con los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, Schwarzer et al. (1997), aplicando el método ULS para el análisis factorial confirmatorio, señaló que la escala está conformada por un solo factor, mostrando en su estudio, índices de ajuste excelentes, tanto para muestras poblacionales alemanas, chinas y costarricenses. Así mismo, Leung y Leung (2010) comprobaron la estructura unidimensional de la escala. Lazić et al. (2021), también señalaron que la escala posee una estructura de un solo factor, aunque explican que para ello fue necesario correlacionar valores residuales de dos ítems. Inclusive en un estudio multimuestra realizado en 25 países, se demuestra la unidimensionalidad de la escala (Scholz et al., 2002).

Existen también otros autores quienes han señalado que la escala de Autoeficacia General está conformada por dos factores, uno de ellos conteniendo únicamente al ítem 2 (Chiu y Tsang, 2004), aunque es importante mencionar que dicho estudio se realizó en pacientes con esquizofrenia y no en población general como es el caso de nuestro estudio (Chiu y Tsang, 2004). Sin embargo, este estudio es apoyado ligeramente por Zhou (2016), quien señala que la escala tiene una estructura factorial de segundo orden, donde las dimensiones de autoeficacia de acción y autoeficacia de afrontamiento, convergen en la autoeficacia global.

Varios estudios analizaron la invariancia de la escala en cuanto al género. Los resultados señalan que no existe diferencia en la medida en referencia al género (Lazić et al., 2021), y de hecho se postula que las ligeras diferencias no significativas que pueden existir entre hombres y mujeres adultos, declinan con la edad (Lazić et al., 2021; Leung y Leung, 2010). En cuanto a la invarianza en el tiempo, la escala muestra buenos resultados, apoyando dicha invarianza en periodos de hasta 24 meses (Lazić et al., 2021), pero señalando que la escala no muestra un efecto predictivo. Incluso en grupos poblacionales con dificultades específicas, como enfermedad de Parkinson, se ha reportado un valor de alfa alto (0,95) (Nilsson et al., 2015).

Con respecto a la fiabilidad de la escala, varios autores reportan medidas de alfa de

Cronbach satisfactorias (0,87: Lazić et al., 2021; 0,89: Leung y Leung, 2010; 0,86: Scholz et al., 2002; 0,81-0,91: Schwarzer et al., 1997). Los resultados obtenidos coinciden con estas investigaciones puesto que el valor de alfa de Cronbach es de 0,89, mostrando, por tanto, un valor alto.

La integridad y la desesperanza son conceptos propuestos por Erikson (1982) al hablar de la última fase del desarrollo humano. La integridad está conceptualizada como la aceptación de su vida como algo que tenía que ser, y como un sentimiento de coherencia y totalidad. Para evaluar este constructo, se utilizó la *Northwestern Ego Integrity Scale* (Janis et al., 2011).

Aunque el concepto de la integridad ha despertado el interés científico dado el rápido aumento de la población adulta mayor a nivel mundial, las investigaciones con respecto a esta escala son escasas aún. Teóricamente la escala está formada por una sola dimensión (Janis et al., 2011), pero nuestros resultados arrojaron que, en realidad, la escala está conformada por dos dimensiones no relacionadas, siendo además reformulada con un total de 9 ítems. Estos resultados también son reportados por el estudio de Westerhof et al. (2017), quienes luego de realizar un análisis exploratorio y confirmatorio, aseveran que la escala presenta una estructura de dos factores no relacionados, que presenta valores de ajuste mucho mejores que la solución de un solo factor. Siguiendo esta línea, Kleijn et al. (2016, 2018) tomaron el mismo formato de la escala para su investigación en pacientes con cáncer, aunque en sus resultados señalan que la estructura factorial de la escala presenta mejor ajuste cuando los factores sí están correlacionados. Ello da cuenta de la utilidad y adecuación de la escala.

En referencia al constructo que evalúa la escala, Westerhof et al. (2017) señalan que la vejez se caracteriza tanto por la integridad como por la desesperanza, a manera de estados alternados que necesitan ser balanceados. Entonces, aunque Erikson postuló que el dilema entre integridad y desesperanza se resuelve en términos de conseguir una virtud: la sabiduría, se ha visto que las personas sabias no tienen un estado constante de ego integridad, porque, de hecho, pueden experimentar tanto integridad como desesperanza.

En efecto, cuando se habla de personas con altos niveles de integridad, se evidencia que notan el hecho de que, debido al paso del tiempo, ya no pueden hacer algunas de las cosas. Ello no deja de causarles tristeza, pero logran adaptarse a la nueva situación provocada por el envejecimiento (Hearn et al., 2012). Esto definitivamente apoya la idea de que la ego-integridad

y la desesperanza son dos dimensiones diferentes, en lugar de considerarse como dos polos de un continuo (Ryff y Heincke, 1983).

Con relación a la fiabilidad de la escala, el estudio reportó un valor de alfa de 0,76 para integridad y de 0,71 para desesperanza. Resultados similares se encuentran en otros estudios, así, por ejemplo, Westerhof et al. (2017) señalan valores de 0,74 para integridad y 0,75 para desesperanza. Por su parte, Kleijn et al. (2018) reportaron valores aún más bajos: 0,71 para integridad y 0,57 para desesperanza. En cuanto a la escala total, Webster y Deng (2015), reportan un valor de alfa de 0,78, mientras que Webster (2010) señala un valor de 0,81.

El sentido de coherencia implica una visión global y confiada de que los eventos que ocurren son comprensibles, de que se tiene los recursos para afrontarlos y que demandan compromiso (Antonovsky, 1987). Para evaluar este constructo se usó la escala *Sense of Coherence* propuesta por Antonovsky (1993) pero para esta investigación se tomó la versión en español de Virués-Ortega et al. (2007). Dicha escala evalúa los tres aspectos del sentido de la coherencia, a saber: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Aunque el autor señaló que, a nivel teórico, se trata de un constructo global y unitario, se han realizado diferentes investigaciones para comprobar y confirmar la estructura factorial de la misma, siendo los resultados diversos.

Hittner (2007) aseguró en su estudio que la escala está formada por una sola dimensión de sentido de coherencia, tras correlacionar dos valores residuales. Getnet y Alem (2019) también señalan una sola dimensión de la escala, pero con solo 12 ítems. Sin embargo, este no es el caso de todas las investigaciones, puesto que otros autores han encontrado que se trata de una escala multidimensional. En este sentido, algunos estudios apuntan a una estructura de segundo orden, donde se evidencia un factor general de sentido de coherencia y dos factores específicos: el primero denominado comprensión social y compromiso, y el segundo, emociones desagradables y tensión interna (Larsson y Kallebergs, 1999). Por su parte, Gana y Garnier (2001) también analizaron la estructura de la escala en una muestra francesa, y comprobaron en su análisis confirmatorio, que el modelo que mejor ajuste presentaba consistía en aquel que tiene tres factores correlacionados, acorde a la teoría de los elementos que conforma el sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad, y significatividad. Siguiendo esta línea, Virués-Ortega et al. (2007), en su estudio transcultural en adultos mayores,

proponen en su estudio que la escala se compone de dos factores, modificando la estructura original: por un lado, el factor de significatividad (ítems 1, 4, 7, 10 y 12) y, por otro lado, un factor que une la manejabilidad y la comprensibilidad con los ítems restantes.

Los resultados obtenidos en este estudio confirmaron la presencia de tres factores, pero con una composición de ítems diferente: comprensibilidad (ítems 5, 6, 8, 9 y 11), significatividad (ítems 1, 4, 7, 10, 12 y 13) y manejabilidad (ítems 2 y 3). Investigaciones recientes apoyan esta propuesta (Naaldenberg et al., 2011) con una organización diferente a la original y muy similar a estos resultados.

Por ejemplo, Vega et al. (2018) analizaron la estructura de la escala y determinaron que la misma se compone de tres dimensiones: por un lado, un factor externo (comprensión y manejabilidad externa), que abraza los ítems referidos a cómo el individuo comprende y maneja sus expectativas del mundo (ítems 2 y 3); por otro lado, el factor interno, que implica la comprensión y manejabilidad interna del individuo (ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 13); y finalmente, el factor de significatividad (ítems 1, 4, 7 y 12). Por su parte, la investigación de Lizarbe-Chocarro et al. (2016) también propone la estructura de 3 factores: comprensibilidad (ítems 5, 6, 8, 9, 11 y 13), significatividad (ítems 1, 4, 7, 10 y 12) y un tercer factor, considerado residual (ítems 2 y 3). Esta última es la más similar a la propuesta realizada, diferenciándose únicamente por el ítem 13, que en esta investigación presenta mejor carga en el factor de significatividad.

Como se observa, son múltiples los estudios que dan cuenta de la multidimensionalidad de la escala, y que, además, también reportan que una de las dimensiones está formada únicamente por los ítems dos y tres (Sardu et al., 2012). De este modo puede señalarse que, aunque Antonovsky (1993), proponía que su escala era global, tal y como las posteriores investigaciones han comprobado a través de diferentes países e idiomas, esta escala en realidad puede estar conformada por más de una dimensión.

En referencia a su fiabilidad, los datos de esta investigación reportaron un valor de 0,71, aunque otros estudios han reportado un valor 0,82 en la escala total (Sardu et al., 2011) o de 0,80 (Naaldenberg et al., 2011; Vega et al., 2018; Virués-Ortega et al., 2007), mientras que en referencia a al análisis de las dimensiones se han señalado valores moderadamente bajos, entre 0,57 – 0,68 (Virués-Ortega et al., 2007), entre 0,60 y 0,76 (Vega et al., 2018), o entre 0,53 y 0,60 (Naaldenberg et al., 2011).

La gratitud se ha definido como una disposición, como una tendencia a reconocer y responder con gratitud ante la benevolencia de los otros y a las experiencias positivas que obtiene (Kong et al., 2017). Este constructo fue evaluado con Gratitude Questionnaire (GQ; McCullough et al., 2002) originalmente conformado por 6 ítems, pero siguiendo la versión de Cabrera-Vélez et al. (2019) confirmada para contexto ecuatoriano, se utilizó una versión de 5 ítems.

Los resultados de diversas investigaciones, al igual que los obtenidos en ésta, dan cuenta de la unidimensionalidad de la escala. Por ejemplo, Kong et al. (2017), Caputo (2016), Gouveia et al. (2019) y Langer et al. (2016) señalan que la escala está formada por un solo factor aplicando tanto análisis factorial exploratorio como confirmatorio.

Si bien la mayoría de estudios coinciden en cuanto a la estructura factorial de la escala, es necesario indagar un poco más en los ítems de la misma. Esta investigación concuerda con varios estudios que señalan que una versión de 5 ítems brinda un mejor ajuste que la versión original de 6 ítems (Cabrera-Vélez et al., 2019; Chen et al., 2009; Froh et al., 2011; Langer et al., 2016; Yüksel y Oğuz, 2012). Los autores concuerdan en que el ítem 6 además de que posee una carga factorial muy baja, no representa la visión de gratitud actual de los participantes o se debe a diferencias culturales, sobretudo en poblaciones jóvenes. Chen et al. (2009) también concuerdan con estos resultados, señalando que el ítem 3 presenta una carga factorial baja, pero permite un buen ajuste del modelo con 5 ítems. En relación a los resultados obtenidos, el hecho puede deberse a que el sentido negativo en la redacción del ítem pueda crear confusión al momento de responder, sobretudo en el caso de adultos mayores al igual que señalan otros autores (Cabrera-Vélez et al., 2019). También se ha analizado la invarianza de la escala, y varios estudios la confirman con relación al género (Kong et al., 2017) y a la edad (Froh et al., 2011).

En cuanto a la fiabilidad de la escala, esta investigación obtuvo un valor de alfa de 0,71. Caputo (2016), en su estudio en población italiana, muestra un valor de 0,74. En una muestra taiwanesa, el valor de alfa reportado es de 0,80 para la versión de 5 ítems (Chen et al., 2009) y se señala un valor de 0,77 para la versión turca de 5 ítems (Yüksel y Oğuz, 2012). Si bien nuestro valor de alfa es moderado, se puede tomar como aceptable para la investigación.

El afrontamiento es un término que se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales que hace una persona para sobrellevar estrés (González y Landero, 2007). Para evaluar este

constructo, se hizo uso del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003).

Los resultados del análisis confirmatorio en relación a la estructura de la escala mostraron que se trata de un modelo de segundo orden, pues se encuentra conformada por dos factores: el primero se trata del afrontamiento basado en el problema, que abarca las subescalas de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, y búsqueda de apoyo social; y el segundo, el afrontamiento basado en la emoción, que comprende las subescalas de autofocalización negativa, expresión emocional abierta, evitación, religión y búsqueda de apoyo social. Esta estructura de dos factores se ha presentado ya en la literatura científica (Baker y Berenbaum, 2007; González y Landero, 2007; Mayordomo et al., 2015; Sandín y Chorot, 2003; Skinner et al., 2003; Tomás et al., 2012) con gran aceptación.

Cabe recalcar que en relación a la estructura de la escala se optó por situar la subescala de apoyo social tanto en el factor de afrontamiento basado en el problema como en el basado en la emoción, debido a que satura de forma positiva en ambos factores. Esta idea es apoyada y corroborada por varios autores (Folkman y Lazarus, 1980; Tobin et al., 1989; Tomás et al., 2013).

En cuanto a la fiabilidad de la escala, este estudio reportó un valor de alfa de 0,88 para la escala total y valores entre 0,70 y 0,85 para las dimensiones de la escala. Valores con rangos más amplios se obtuvieron en investigaciones en Perú, donde las escalas presentaron valores de alfa entre 0,64 y 0,92 (Rosa-Rojas et al., 2015). En México, los valores oscilaron entre 0,66 y 0,91 para las dimensiones de la escala (González y Landero, 2007), siendo la subescala de autofocalización negativa la que presentaba el valor más bajo. En una muestra española de adultos mayores, los valores fluctuaron entre 0,65 y 0,91, siendo las subescalas de evitación y reevaluación positiva, aquellas con el menor valor de alfa. Como se observa, los valores obtenidos en nuestro estudio son adecuados y similares a los propuestos por otros estudios.

Como se ha expuesto, los análisis realizados tanto de confiabilidad como de validez evidenciaron que los instrumentos usados son adecuados para la población a la que están dirigidos, pues tanto el alfa de Cronbach como el análisis factorial confirmatorio mostraron medidas adecuadas. Con estos resultados, por tanto, se puede garantizar la precisión de la investigación, y se muestra cumplido con el objetivo uno.

2. Segundo objetivo. Correlación entre las medidas.

Como siguiente objetivo, se planteó correlacionar las medidas confirmadas en la investigación para estudiar la posible existencia de significación en estas relaciones, así como el signo de la misma. Se esperaba que la medida de estado de ánimo deprimido y las dimensiones del afrontamiento orientadas a la emoción mostraran una relación negativa y significativa con todas las demás variables (resiliencia, satisfacción, autoeficacia, gratitud, etc.), mientras que todas estas otras se debían relacionar de forma significativa y positiva entre ellas.

En efecto, nuestros resultados demostraron la hipótesis planteada al respecto, pues la depresión correlacionó con la dimensión del afrontamiento expresión emocional abierta, aunque la relación no fue significativa con las demás formas de afrontamiento orientadas a la emoción; mientras que, con los demás elementos, la relación sí fue significativa y negativa. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores que señalan que la depresión correlaciona de manera negativa con este tipo de variables psicológicas como por ejemplo con la autoeficacia (Nilsson et al., 2015; Schwarzer et al., 1997; Scholz et al., 2002). También, parece demostrado que correlaciona de forma negativa con la resiliencia (Caycho-Rodríguez et al., 2018b, Fung, 2020; Tomás, Meléndez et al., 2012), de hecho, la resiliencia se ha planteado como un factor protector contra la depresión, ya que modera los efectos de eventos estresantes específicamente en adultos mayores (Gallardo-Peralta et al., 2020; Zhao et al., 2018) y ha sido reconocido como un indicador de envejecimiento exitoso (Tomás, Meléndez et al., 2012). Otros autores resaltan el hecho de que la depresión correlaciona de manera negativa con la satisfacción con la vida (Caycho-Rodríguez et al., 2018a; Durak et al., 2010; Froh et al., 2011; Gallardo-Peralta et al., 2020), y con el sentido de coherencia y sus dimensiones (Getnet y Alem, 2019; Virués-Ortega et al., 2017).

En relación a la integridad, los resultados mostraron la existencia de una correlación positiva y significativa con la resiliencia, la satisfacción con la vida, las dimensiones de afrontamiento de: focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, así como con gratitud y autoeficacia general, mientras que se presentó una correlación negativa con ánimo deprimido y con la dimensión de afrontamiento de expresión emocional abierta. Algunas investigaciones señalan resultados similares, pues afirman que la integridad evaluada con escala

NEIS correlaciona de forma positiva con la sabiduría y crecimiento personal (Webster, 2010), así como con el bienestar (Westerhof et al., 2017). En relación a la desesperanza, esta obtuvo una correlación positiva con el estado de ánimo deprimido y las dimensiones de afrontamiento de autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación, mientras que se obtuvieron correlaciones significativas y negativas con gratitud y autoeficacia general. Resultados similares, que corroboran estos hallazgos, son postulados por varias investigaciones, que afirman que los síntomas depresivos se relacionan de manera positiva con la desesperanza (Kleijn et al., 2016; Westerhof et al., 2017) así como con estrés psicológico, pero de manera negativa se asocia a la calidad de vida (Kleijn et al., 2016). Estos resultados ofrecen una primera aproximación a como la dicotomía presentada por Erikson podría ser un elemento clave en el envejecimiento óptimo. Tal y como se ha mostrado, la integridad está relacionada de forma positiva con las características positivas y adaptativas del envejecimiento mientras que la desesperanza muestra relaciones exactamente contrarias, estando por tanto relacionada de forma positiva con aspectos desadaptivos y cercanos al desajuste personal. En este sentido, por tanto, parece clave para la consecución de un envejecimiento óptimo el desarrollo de la integridad en adultos mayores. Si bien y como se señalaba en el apartado anterior de medidas, ambas dimensiones deberían ser estudiadas como factores independientes, estas deben convivir en el marco del desarrollo personal. De este modo, la integridad debe ser no solo el motor del desarrollo positivo sino la característica que minimice el poder de la desesperanza. Debe tenerse en cuenta que el envejecimiento puede ser un momento de ganancias, pero también lo es de pérdidas y en muchos casos esas pérdidas van incrementándose según aumenta la edad. Disponer de herramientas psicológicas que ayuden a los adultos mayores a adaptarse a esta etapa se convierte en un elemento fundamental para la vivencia positiva y óptima de esta etapa.

En otro ámbito, la resiliencia tiene una correlación moderada y positiva con la satisfacción con la vida, gratitud, autoeficacia general, las dimensiones del sentido de coherencia y con las dimensiones del afrontamiento de focalización en la solución del problema y reevaluación positiva. Estos resultados han sido corroborados por diversos autores que señalan que la resiliencia tiene correlación positiva y moderada con el bienestar, autoeficacia y salud mental (Fung, 2020), con la satisfacción con la vida (Caycho-Rodríguez et al., 2018a, b; Limonero et al., 2014; Tomás, Meléndez et al., 2012), afecto positivo, y estrategias de afrontamiento positivas (Limonero et al., 2014).

Referente a la satisfacción con la vida, se obtuvo una correlación moderada y positiva con la gratitud y con la autoeficacia. Varias investigaciones confirman estos mismos resultados, señalando que la satisfacción con la vida correlaciona de forma positiva con la gratitud (Caputo, 2016; Froh et al., 2011; Kong et al., 2017; Yüksel y Oğuz, 2012) y con autoeficacia (Lazić et al., 2021; Nilsson et al., 2015).

En relación a las estrategias de afrontamiento, en los resultados se ha podido observar que la focalización en la solución del problema se relaciona directamente con la reevaluación positiva y con la búsqueda de apoyo social, mientras que la autofocalización negativa tiene relación positiva con la dimensión de expresión emocional abierta. Estos resultados son similares a los señalados por Tomás et al. (2013). Por otro lado, los resultados dan cuenta de que existe una correlación negativa de las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción con las dimensiones del sentido de coherencia. Esto se corrobora con la investigación de Getnet y Alem (2019), quienes postulan que la escala de sentido de coherencia correlaciona de manera positiva con las estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de los problemas, mas no en la emoción. La estrategia de expresión emocional abierta muestra relación con la búsqueda de apoyo social y evitación. Finalmente, la estrategia de afrontamiento religioso tiene relación positiva con la búsqueda de apoyo social. Estos resultados también fueron observados en la investigación de Tomás et al. (2013).

Luego de analizar las correlaciones presentadas entre las variables, se puede concluir que el objetivo dos se ha conseguido, cumpliendo totalmente las hipótesis planteadas y mostrando, además, el sustento teórico que respalda los resultados presentados. De esta manera, se evidencia que el estado de ánimo deprimido, así como el afrontamiento centrado en la emoción correlaciona de manera negativa con las demás variables, mientras que ellas lo hacen de manera positiva entre sí.

3. Tercer objetivo. Análisis Multivariados.

Como siguiente objetivo se estudió la relación de las variables sociodemográficas de género y edad y sus efectos en distintas escalas. Se hipotetizó que existirán diferencias en relación al

género en el uso de estrategias de afrontamiento, siendo las mujeres quienes más usen las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, especialmente las de religión y autofocalización negativa. Los resultados señalaron que, en efecto, las mujeres tienden a usar más la estrategia religiosa a comparación de los hombres, pero también se observó que ellos usan más la dimensión de expresión emocional abierta y de evitación. Estos resultados coinciden parcialmente con lo expuesto por Mataud (2004) o Meléndez et al. (2012), quienes informan que las mujeres tienden a usar en mayor medida el afrontamiento centrado en la emoción, inclusive evidenciándose estas diferencias desde temprana edad (Rose y Rudolph, 2006), y alegando también que los hombres usan más la estrategia de evitación o de humor para sobrellevar situaciones estresantes. Sin embargo, el hecho de que en este estudio los hombres usen más la estrategia de expresión emocional abierta requiere de más investigaciones, puesto que las diferencias postuladas en la literatura pueden ser guiadas por expectativas culturales que no se cumplen en la realidad (Chaplin, 2015) señalando incluso que los hombres suelen optar más por estrategias religiosas para afrontar el estrés que las mujeres (Ellis et al., 2015).

En cuanto al género también se hipotetizaba que no se encontrarían diferencias en las dimensiones de integridad y desesperanza. Los resultados obtenidos señalan que, en efecto, no hay diferencias relacionadas al género en cuanto a la integridad, siendo coherente este resultado con lo postulado en diferentes investigaciones (Hearn et al., 2012; Westerhof et al., 2017), sin embargo, sí se comprobó que los hombres tienen significativamente mayores niveles de desesperanza que las mujeres. Estos resultados llaman la atención puesto que en la literatura usualmente se cita que las mujeres adultas mayores tienen mayores niveles de depresión (Zunzunegui et al., 1998, 2007), lo que podría decididamente asociarse a sentimientos de desesperanza; algunos autores también afirman que, en realidad, estas diferencias estriban en la diferenciación de percepción y expresión de la depresión que muestra patrones diferenciales entre hombres y mujeres (Kockler y Heun, 2002). Sin embargo, debe señalarse que posiblemente este resultado podría estar señalando que, aunque estas son dos variables que conceptualmente están muy relacionadas realmente son diferentes y por tanto su funcionamiento e incidencia en función del género es distinta entre ellas. Esta diferenciación serviría además para reafirmar la importancia del concepto de desesperanza y su posible utilidad en paralelo al de estado de ánimo depresivo que podría ser un predictor de la misma, y ambos indicadores del envejecimiento desadaptativo.

Finalmente, otra de las hipótesis propuestas era que no existirían diferencias en cuanto al género en relación al sentido de coherencia. Los resultados señalan que no existen diferencias en la escala total del sentido de coherencia en relación al género, y diferentes investigaciones coinciden en este resultado (Dezutter et al., 2013; Eriksson y Lindström, 2005; Lizarbe-Chocarro et al., 2016). Sin embargo, en un análisis con mayor detalle, dejó ver que las mujeres tienen una puntuación significativamente mayor que los hombres en la dimensión de comprensibilidad. Estos resultados decididamente difieren de los señalados por la literatura, donde se asegura que usualmente son los hombres quienes presentan mayor puntuación en la dimensión de comprensibilidad, mientras las mujeres lo hacen en las dimensiones de significatividad y manejabilidad (Mattisson et al., 2014). No obstante, sí se señala que las mujeres que inicialmente puntuaron bajo en la comprensibilidad, con el paso del tiempo incrementaron dichos valores hasta llegar a tener un puntaje similar a la contraparte masculina (Bergman et al., 2012).

Por otra parte, en relación a la edad, se hipotetizó que existirán diferencias en relación a las estrategias de afrontamiento usadas, especialmente entre los grupos de mayor edad, quienes aplicarán en mayor medida las estrategias enfocadas a la emoción. Los resultados sustentan parcialmente esta hipótesis, puesto que se observó que los mayores muy ancianos, en efecto, obtienen puntuaciones inferiores en la estrategia de reevaluación positiva, que es considerada como una estrategia de afrontamiento orientado a la solución del problema (Meléndez et al., 2012; Sandín y Chorot, 2003), pero también se evidenció que obtienen puntuaciones inferiores en la estrategia de evitación, que corresponde al afrontamiento orientado a la emoción. Ante esto, Meléndez et al. (2012) explican que los adultos mayores tienden a usar algunas de las estrategias centradas en la emoción, principalmente la evitación, debido a la gran pérdida de control frente algunos de los importantes cambios que se producen en esta etapa. Incluso se ha comprobado que la dimensión evitación puede, estructuralmente, estar prediciendo ambos tipos de afrontamiento, dado que posiblemente ciertas fuentes de estrés no se pueden controlar y es mejor ignorarlas (Mayordomo et al., 2016). Algunos autores sugieren que, a través del desarrollo, las personas adquieren una mayor habilidad con estrategias centradas en las emociones (Carver y Connor-Smith, 2010). Con la edad puede haber una tendencia a reaccionar ante una situación estresante dando un paso atrás y evitando apresurarse a tomar una decisión, centrándose más en el problema que en ellos mismos. Por lo tanto, utilizar

una estrategia de evitación puede ser beneficioso porque, al tiempo que evita una situación, se producen estrategias mejores y más adecuadas para responder eficazmente a situaciones conflictivas. El uso de esta estrategia por un tiempo breve es adaptativo, si bien debe señalarse que continuarla durante un tiempo prolongado podría producir rumiación, lo que perjudicaría el proceso adaptativo (Michl et al., 2013).

En esta misma línea diversos autores aseguran que se han observado ligeras diferencias relacionadas con la edad en el tipo de estrategias orientada a la emoción a utilizar, siendo algunos de los recursos más aplicados por los adultos mayores para afrontar situaciones estresantes la religión (Mayordomo et al., 2015; Santos et al., 2017); también otras estrategias consideradas como propias de este grupo de edad son la aceptación (Santos et al., 2017) o la resignación (Hernández et al., 2019), todas ellas centradas en la emoción.

Es importante mencionar que estos estudios diferenciados por edad consideraron personas jóvenes frente a adultos mayores en su estudio (Hernández et al., 2019; Meléndez et al., 2012), o en el caso de adultos mayores, no se distribuyeron en grupos de diferentes rangos de edad (Mayordomo et al., 2015; Santos et al., 2017) como es el caso de este estudio, lo que podría explicar también los resultados obtenidos.

Otra de las hipótesis planteadas con respecto a la edad, señalaba que se preveía que el grupo de mayor edad presentaría niveles más altos de integridad y de sentido de coherencia en comparación con los grupos de menor edad. Los resultados obtenidos en esta investigación determinaron que en realidad no se evidenciaban diferencias en los niveles de integridad ni en el sentido de coherencia en los grupos estudiados.

En el caso de la integridad, diversas investigaciones al respecto señalan que, en el caso de adultos mayores, no hay diferencias en cuanto a edad (Hearn et al., 2012; Westerhof et al., 2011, 2017), probablemente porque consideran a los adultos mayores como un grupo único e uniforme y no consideraron su estratificación por rangos de edad, como en los análisis aplicados en este caso. En la investigación de Jeong y Oh (2015) sin embargo, sí se señala que la edad de la persona influye decididamente en la integridad; mayor edad se ha asociado a mayor integridad. En todo caso, investigaciones recientes afirman que la resolución de la crisis propuesta por Erikson de integridad vs desesperanza no depende tanto de la edad como de la resolución de dilemas previos del desarrollo humano (Westerhof et al., 2017), lo que explicaría

la falta de diferencias en cuanto a la edad.

En el caso del sentido de coherencia, sí se ha postulado que el mismo aumenta con la edad (Eriksson y Lindström, 2005; Lizarbe-Chocarro et al., 2016), pero en otros estudios realizados únicamente con adultos mayores, se postula que no existen diferencias en cuanto a la edad en los niveles de sentido de coherencia (Dezutter et al., 2013).

Finalmente, otra de las hipótesis planteadas era que, a mayores niveles de satisfacción con la vida y resiliencia, habrá mayores niveles de integridad, mayor uso de estrategias orientadas a la solución del problema, así como de sentido de coherencia. Los resultados corroboran completamente la hipótesis planteada en este sentido.

En primer lugar, se comprobó que cuando las personas tienen mayores niveles de satisfacción con la vida, también tienen mayores niveles de integridad. Ello coincide con lo expuesto ampliamente en la literatura, asegurando que la satisfacción con la vida tiene relación íntima con la consecución de la integridad (Derdaele et al., 2017; Dezutter et al., 2020; Nygre et al., 2005), calificándola como una tarea imprescindible para superar la octava crisis planteada por Erikson (Nehrke et al., 1980; Wiesmann y Hannich, 2011; Woods y Witte, 1981) o como una medida para definir la integridad de las personas (Nehrke et al., 1977, 1980).

También fue evidente que la satisfacción con la vida conlleva a un mayor sentido de coherencia, lo que se respalda con varias investigaciones (Derbis y Jasiński, 2018; Wiesmann y Hannich, 2011, 2013) y afirman, además, que, en el caso de adultos mayores, llevará a tener un envejecimiento exitoso.

Referente a las estrategias de afrontamiento, los resultados demuestran que altos niveles de satisfacción con la vida promueven el uso de estrategias como focalización en la solución de problemas y reevaluación positiva, mientras que bajos niveles de satisfacción con la vida están relacionados con el uso de expresión emocional abierta. Como se puede observar, las estrategias asociadas a los altos niveles de satisfacción con la vida son consideradas como dimensiones del afrontamiento orientado a la solución del problema, a excepción de la religión, que en la versión original de Sandín y Chorot (2003) pertenece al afrontamiento orientado a la emoción, pero que, en estudios más actuales, se considera también como una dimensión del afrontamiento orientado a la solución del problema (González y Landero, 2007).

En este sentido, se ha afirmado que los altos niveles de satisfacción con la vida llevan a que la persona tenga estrategias de afrontamiento adaptativas y eficaces para afrontar la situación estresante (Sharif y Khanekharab, 2017). Así, por ejemplo, el estudio de Sarid et al. (2017) demostró, mediante el uso de modelos de ecuaciones estructurales, la relación cercana entre la satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento adaptativas tales como la reevaluación positiva, el humor, la aceptación y la religión. Gori et al., (2020) también señalan que existe una relación cercana entre la satisfacción con la vida y un enfoque de afrontamiento activo y de planeación. Pereira et al. (2018), concuerdan con estos estudios y señalan que la satisfacción con la vida se asocia a un afrontamiento activo, planificación, religión, aceptación y humor. Szcześniak et al. (2020), resalta la relación entre altos niveles de satisfacción con la vida y el afrontamiento religioso.

Por otro lado, también se confirmó que a mayores niveles de resiliencia habrá mayor integridad, idea que ha sido ampliamente defendida por Melici (2016). Otros estudios que respaldan esta idea señalan que los adultos mayores mantienen niveles más altos de resiliencia que los jóvenes, y ello se ha correlacionado con la auto trascendencia (Greene et al., 2012; Nygren et al., 2005), que tiene íntima relación con la integridad (Tornstam, 1999; 2011). Por su parte, van der Kaap-Deeder et al. (2021), mencionan que aquellas personas que tienen un alto nivel de integridad, son capaces de actuar de manera resiliente. Respecto a la edad, se ha afirmado que los adultos mayores jóvenes tienen mayor resiliencia que los adultos mayores muy ancianos (Gallardo-Peralta, et al., 2020)

Con respecto al sentido de coherencia, los datos analizados revelaron que, a mayor nivel de resiliencia, hay mayores niveles de todas las dimensiones del sentido de coherencia. En efecto, Astier (2005) ya señala la relación cercana entre la resiliencia y el sentido de coherencia. Nygren et al. (2005), Konaszewski et al. (2021) y Streb et al. (2014), afirman en su investigación una correlación fuerte y positiva entre la resiliencia con el sentido de coherencia.

En cuanto a la resiliencia y las estrategias de afrontamiento, esta investigación mostró que las personas con alto nivel de resiliencia aplicaban más la dimensión de afrontamiento focalizado en la solución de problemas y de reevaluación positiva, y, por el contrario, aquellas personas que tienen bajos niveles de resiliencia, tendían a usar más el tipo de afrontamiento de expresión emocional abierta. La literatura ha respaldado estos resultados, indicando que la

resiliencia y las estrategias de afrontamiento orientadas al problema han demostrado estar altamente correlacionadas (Tomás et al., 2012). También se ha mencionado que la práctica de resiliencia junto con otras herramientas como la reminiscencia, favorecen el desarrollo de estrategias de afrontamiento orientadas al problema, sobre todo a aquella enfocada a la solución del problema (Meléndez et al., 2015b). Así mismo, el estudio de Konaszewski et al. (2021) reveló que existe una correlación positiva entre la resiliencia y el afrontamiento orientado a la acción, y negativa con el afrontamiento orientado a la emoción.

En conclusión, el tercer objetivo se cumplió y las hipótesis se aceptaron parcialmente. Así, se evidenció que sí existen diferencias en cuanto al género en relación a las estrategias de afrontamiento, tal como se había planteado, siendo las mujeres quienes usan más el afrontamiento basado en la emoción. Aunque no se esperaban diferencias en cuanto a la escala NEIS, se evidenció que los hombres tienen mayor desesperanza que las mujeres, mientras que no hay diferencias en cuanto al sentido de coherencia entre géneros. En referencia a la edad, los resultados mostraron diferencias únicamente en cuanto a las estrategias de afrontamiento, mas no en la integridad ni en el sentido de coherencia. Finalmente, se constató que a mayores niveles de resiliencia como de satisfacción con la vida, también habrá mayores niveles de integridad y de sentido de coherencia.

4. Cuarto objetivo. Regresión lineal para predecir integridad y desesperanza.

Mediante análisis de regresión multivariante, se comprobó que variables positivas como la satisfacción con la vida, la autoeficacia general y la significación (dimensión del sentido de coherencia) predicen significativa y positivamente la integridad, mientras que el estado de ánimo deprimido la predice negativamente, y que el estado de ánimo negativo predice significativa y positivamente la desesperanza, mientras que manejabilidad y comprensibilidad del sentido de coherencia lo hacen negativamente.

Diversas investigaciones han estudiado la integridad a través de regresiones lineales,

señalando que bajos niveles de la misma están asociados a ansiedad y depresión (Hajek et al., 2021). En este sentido se comprende que las personas con integridad no están deprimidas ni son excesivamente autocríticas, sino que aceptan que debido a su edad ya no pueden hacer ciertas cosas, pero logran adaptarse a la nueva situación que genera el envejecimiento (Hearn et al., 2012). En cambio, las personas con desesperanza sí están deprimidas por las decepciones, los fracasos y las oportunidades perdidas en la vida (James y Zarrett, 2006). También puede ocurrir que expresen su tristeza, arrepentimiento o fracaso en forma de autodenigración o en comentarios que implican una sensación de inutilidad (Hearn et al., 2012). Debido a que la desesperanza se caracteriza por sentimientos de arrepentimiento y fracaso, que también son propios de la depresión, podría justificar por qué los síntomas depresivos predicen positivamente la desesperanza, mientras que predicen negativamente la integridad. De hecho, en la literatura existente se ha postulado que, aquellas personas que no aceptan su pasado y no logran conseguir la integridad, mostraron sintomatología depresiva (Rickwood y Rylands, 2000). Por el contrario, cuando ocurre una resolución positiva frente a la crisis de integridad vs desesperanza, se ha visto que existen niveles más bajos de sintomatología depresiva (Dezutter, et al., 2013).

Siguiendo con los resultados, se vio que la integridad fue predicha por la autoeficacia y la satisfacción con la vida, siendo estas dos variables los predictores de integridad más intensos. Este resultado está en línea con los estudios orientados a variables que muestran una asociación positiva entre la integridad y un funcionamiento psicológico más óptimo (Dezutter, et al., 2020; Westerhof et al., 2017). Con respecto a la satisfacción con la vida, se ha confirmado que los adultos mayores con altos niveles de la misma, son capaces de realizar una valoración global positiva de su vida, y ello se relaciona con medidas objetivas y con valoraciones subjetivas de envejecimiento exitoso, habilidades de afrontamiento y fortaleza de redes sociales (Berg et al., 2006). Por tanto, aquellas personas que al llegar a adultos mayores consideren que han llevado una vida feliz y productiva, harán una evaluación positiva de sus vidas y desarrollarán sentimientos de satisfacción, aumentando la posibilidad de que logre la integridad. En referencia a la autoeficacia, Hearn et al. (2012) afirman que las personas que logran la integridad suelen tener una autoconciencia realista y son razonablemente optimistas, aspectos que definitivamente favorecen la percepción de autoeficacia. Se debe recordar que, en el envejecimiento, la percepción de autoeficacia está determinada en gran medida por la

autopercepción de la propia salud, por las condiciones de vida y por el grado de independencia que mantiene la persona. Sin embargo, los adultos mayores pueden asumir ciertos estereotipos negativos asociados con la edad, lo que influye negativamente en la autoestima y la autoeficacia (Mesa et al., 2019). Esta disminución de la autoeficacia puede limitar e inclusive disminuir la participación de las personas en las actividades que realizan, provocando una pérdida progresiva de las propias capacidades y obstruyendo el camino para alcanzar la integridad.

Finalmente, se analizó la relación entre el sentido de coherencia (SOC) y la integridad / desesperación. Existe amplia evidencia de la relación entre el sentido de coherencia y la salud tanto física como psicológica en la vejez, como es el caso de Wiesmann et al. (2009) que señaló que el sentido de la coherencia predice un envejecimiento exitoso. Un fuerte sentido de coherencia consta de tres componentes: comprensibilidad del mundo de uno (aspecto cognitivo), manejabilidad de los resultados de uno (aspecto instrumental / conductual) y significado de la vida de uno (aspecto motivacional). A pesar de que la intención de Antonovsky fue usar la escala SOC en su globalidad, como se señaló en objetivo primero, diversos estudios han utilizado las dimensiones de dicha escala para sus investigaciones (Marsh et al., 2007; Suraj et al., 2011), en esta misma línea de trabajo, en esta investigación se han analizado las escalas por separado para determinar en qué medida predicen la integridad y / o la desesperanza.

Los resultados indican que el componente motivacional, es decir, la dimensión de significatividad predice positivamente la integridad. En población adulta mayor, este componente implicaría que, a pesar de los problemas, cambios y / o dificultades que puede ocasionar el envejecimiento, vale la pena afrontarlos como un desafío, animando a las personas a involucrarse e invertir energía en la superación y adaptación a las nuevas demandas de esta etapa de la vida (Wiesmann et al., 2009). Por otro lado, se ha observado que los componentes cognitivo e instrumental / conductual, es decir, la comprensibilidad y la manejabilidad, predicen negativamente la desesperación. Un nivel adecuado de comprensibilidad ayudaría a la persona a percibir los estímulos tanto internos como externos de forma ordenada, coherente, estructurada y clara. Esta comprensibilidad favorecería la interpretación de los hechos como explicables o significativos, independientemente de si son deseables o no. Además, la manejabilidad reflejaría el grado de confianza que la persona tendría en sí misma, es decir, el grado en que la persona cree que tiene a su disposición los recursos adecuados para afrontar las

exigencias de la vida. Por tanto, el hecho de que las personas mayores puedan hacer una interpretación adecuada y realista de los acontecimientos presentes y pasados de su vida y, que consideren que cuentan con los recursos necesarios para afrontar los acontecimientos negativos del envejecimiento, facilitará la aceptación de su pasado, incluyendo sus fracasos y limitaciones (Dezutter et al., 2020).

Como conclusión, se evidenció mediante regresión lineal que, en efecto, la integridad está predicha de manera positiva por la autoeficacia, la satisfacción con la vida y la significatividad, y de forma negativa por el estado de ánimo deprimido. Estos resultados sustentarán y guiarán el siguiente objetivo.

5. Quinto objetivo. Modelo estructural: predictores de integridad en adultos mayores ecuatorianos.

El objetivo final de esta investigación, consistía en crear un modelo estructural predictivo de Integridad en Adultos Mayores, considerando variables psicológicas ajustadas a la realidad y contexto ecuatoriano. Cabe resaltar que no se reporta en la literatura que exista un modelo de predicción con tales fines, y mucho menos adaptado a la realidad regional.

Vale la pena recordar que, como se mencionó anteriormente, la integridad y la desesperanza parecen no ser dos polos de un continuo, sino más bien dos dimensiones claramente diferenciadas (Westerhof et al., 2017), y los resultados presentados anteriormente parecen confirmar esta hipótesis. De este modo, y siguiendo con esta línea argumental, el modelo que se construyó fue dirigido específicamente a la dimensión de integridad, debido a que esta investigación se construyó desde los postulados de la Psicología Positiva, la cual se enfoca en las fortalezas y virtudes de la persona (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), en lugar de la visión tradicional de la psicología enfocada en lo patológico y los aspectos negativos. De esta manera, con el estudio y análisis de este constructo se pretende desarrollar un modelo que aporte cuáles son las variables que pueden propiciarla y por tanto fomentar la calidad de vida y salud de los adultos mayores no solo en sus elementos físicos sino principalmente en los

psicológicos, aún en caso de disponer de una mala salud mental, como se ha señalado desde los fundamentos de la salud positiva (Seligman, 2008).

Para el desarrollo de dicho modelo, se partía de la hipótesis de que la Integridad se predeciría de manera positiva por la autoeficacia, las dimensiones del sentido de coherencia, la gratitud, las dimensiones del afrontamiento orientadas a la solución del problema y la resiliencia; mientras que, las dimensiones del afrontamiento orientadas a la emoción y la depresión, mostrarán una relación negativa dado su carácter desadaptativo.

Tal es así que el modelo inicial planteó que, el afrontamiento, que está formado por el factor de afrontamiento orientado al problema (a su vez formado por la focalización en la solución del problema, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva), y por el factor de afrontamiento orientado a la emoción (formado por búsqueda de apoyo social, autofocalización negativa, evitación, expresión emocional abierta y religión), junto con el factor de satisfacción con la vida, el de gratitud, resiliencia, autoeficacia, sentido de coherencia (formado por los factores de comprensibilidad, significatividad y manejabilidad) y el factor de depresión (formado por los factores de relaciones interpersonales, actividad somática y reducida, afecto positivo y ánimo deprimido), en conjunto predecirían la Integridad. Sin embargo, el análisis confirmatorio de este modelo no tuvo el ajuste de datos esperado, pues, aunque los valores de referencia como CFI, TLI y RMSEA se encontraban en rangos aceptables, un análisis más minucioso determinó que varios de los factores propuestos en el modelo, resultaron no significativos.

Bajo esta situación, y con el fin de obtener un modelo con un mejor ajuste y en el que las variables que lo confirmaban fueran significativas, se eliminaron aquellas variables / dimensiones que no fueron significativas. De este modo, para el nuevo modelo propuesto, se eliminaron, las dimensiones de comprensibilidad y manejabilidad del sentido de coherencia, el factor de afrontamiento basado en la emoción y todas sus dimensiones, así como las dimensiones de ánimo deprimido, relaciones interpersonales y actividad somática / reducida, de la variable de ánimo deprimido, manteniendo únicamente la dimensión de afecto positivo. En cierto modo, se podría plantear que, además de las de sentido de coherencia señaladas, todas aquellas variables que deberían presentar una relación negativa y que por tanto muestran lo patológico o que no aportan al desarrollo integral y adaptativo del sujeto fueron eliminadas.

Adicional a esto, se realizaron modificaciones en el modelo basadas en los índices de modificación sugeridos con el fin de obtener un modelo adecuado, tanto de forma estadística como teóricamente.

El modelo final de nuevo mostró un ajuste satisfactorio, pero además todos los factores que componían el modelo resultaron significativos. Así, el modelo determinó que, el afrontamiento orientado a la solución del problema (con sus dimensiones de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social) actúa como mediador para la autoeficacia y la satisfacción con la vida, que llevan a la predicción de integridad. Así mismo, la gratitud, como disposición, genera afecto positivo (dimensión de la CES-D), y predice integridad. Finalmente, la resiliencia y la significatividad (dimensión del sentido de coherencia) predicen directamente la Integridad. Una vez que se ha obtenido la adecuación estadística, a continuación, se analizará la concepción teórica bajo el modelo estructural planteado.

La satisfacción con la vida se ha planteado como la evaluación cognitiva de la vida (Diener y Diener, 2009), donde la persona puede hacer un juicio general o específico de comparación de su vida actual frente a su ideal de vida (Wiesmann y Hannich, 2011). Esta idea se ha relacionado directamente con la integridad en varios estudios (Derdaele et al., 2017; Dezutter et al., 2020; Nygre et al., 2005), puesto que, según plantean Erikson et al. (1994), la integridad implica que la persona tenga la disposición para recordar y revisar experiencias anteriores. De esta manera se comprende que aquellos adultos mayores con alta satisfacción con la vida, puedan hacer un examen de su vida y el resultado sea favorecedor, debido a que logran aceptar que no la pueden cambiar y a la vez, ven que todo tuvo un sentido y propósito. En palabras de Erikson (1982), el lograr esta aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que tenía que ser, da como resultado una visión integrada de la vida.

Por su parte, la autoeficacia se refiere a aquella creencia que tienen las personas acerca de sus propias habilidades para llevar a cabo, con éxito, conductas que les permitan alcanzar un objetivo (Bandura, 1977). Se ha postulado que aquellos sujetos con un alto sentido de eficacia personal se perciben a sí mismos como capaces de afrontar situaciones conflictivas, se esfuerzan más y muestran más persistencia, mientras que aquellas personas que creen que no tienen poder para controlar los sucesos de su vida, no van ni siquiera a intentar hacer frente a las dificultades

que se presenten (Bandura, 1977). Bajo esta premisa, la autoeficacia ciertamente tiene gran relación con la integridad, y, de hecho, ya varios autores lo señalaron previamente (Nazir et al., 2016). Así, las creencias de autoeficacia desempeñan un papel fundamental en los adultos mayores, pues sienten la capacidad de adaptarse a los cambios que trae consigo la vejez, de manera que puedan afrontar de forma más efectiva las adversidades de la vida, lo que también tendrá repercusión en el nivel de satisfacción con la vida. En este sentido, Qin et al. (2019) informan que el desarrollo de la autoeficacia en adultos mayores podría ser una estrategia que ayude a disminuir los efectos de la fragilidad, y, por ende, aumentar la satisfacción con la vida.

Partiendo de esta idea, se comprende la importancia de incluir la satisfacción con la vida y la autoeficacia en el modelo, pues se ha demostrado que son fuertes predictores de la integridad (Bueno-Pacheco et al., 2021). Sin embargo, es importante señalar que esta unión, en el modelo propuesto, se hace por medio de las estrategias de afrontamiento, sobre todo considerando aquellas enfocadas en el problema.

En este sentido, ya varias investigaciones confirman la relación entre la autoeficacia y el afrontamiento (Masoudnia, 2008; Teixeira, 2010), señalando que, un alto sentido de autoeficacia está estrechamente ligado a optar por estrategias de afrontamiento orientadas a la solución del problema (Brenlla et al., 2010; Nicholls et al., 2010), especialmente a aquellos focalizados en la solución del problema y reevaluación positiva (Piergiovanni y Depaula, 2018), precisamente porque la autoeficacia implica que la persona considera que tiene los recursos necesarios para afrontar las situaciones estresantes, y con ello, opta por aquellas estrategias que solucionen el problema, no que lo eviten.

En cuanto a la satisfacción con la vida, estudios actuales afirman que la relación entre la satisfacción con la vida y el estrés percibido, está mediado por el afrontamiento, (Gori et al., 2020), favoreciendo además la apertura a nuevas experiencias (Xu et al., 2017), mientras que otros autores aseguran que bajos niveles de la misma y la presencia de sintomatología depresiva, están ligados a estrategias de afrontamiento emocionales negativas (Park y Hah, 2007). Todos estos datos apoyan y confirman el hecho de que el modelo final incluya tanto a la autoeficacia como la satisfacción con la vida, mediados por el afrontamiento, para predecir la integridad.

Por otro lado, en el modelo la gratitud, mediada por el afecto positivo, predice la integridad. A este respecto, la literatura señala que, en efecto, la gratitud genera emociones

positivas y a la vez motiva a las personas a tener comportamientos positivos, con el fin de mejorar y crecer como seres humanos (Armenta et al., 2017). Así mismo se ha demostrado que la gratitud induce emociones positivas, siendo dichas emociones las que median el efecto entre la gratitud y el bienestar en adultos mayores (Killen y Macaskill, 2015; Lin, 2015), y, por el contrario, las emociones negativas, como la envidia, la tristeza, la amargura, la ira y la codicia, son incompatibles con las prácticas de gratitud (Lyubomirsky et al., 2005) y, por ende, también con la integridad (Torges et al., 2009; Westerhof et al., 2017). Otras investigaciones también apuntan al hecho de que la gratitud promueve y genera afecto positivo, lo que decididamente promoverá el ser una mejor persona (Chaudhary et al., 2014), llevando inclusive a realizar intervenciones en gratitud que, como resultado, causaron afecto positivo en los individuos participantes (Froh et al., 2009; Işık et al., 2017). Siguiendo esta línea, también se ha señalado que las personas que puedan cultivar la gratitud y dirigirla a otros, generarán relaciones satisfactorias, teniendo como consecuencia bienestar de forma integral, disminuyendo los síntomas depresivos y mejorando el ánimo en general (O'Connell et al., 2017).

Otros estudios han confirmado que la gratitud tiene relación con la sabiduría, y que aquellas personas denominadas como sabias expresaban gratitud por su vida en general de manera más espontánea (König y Glück, 2014), y como se mencionaba anteriormente, la sabiduría es una pieza que se considera clave en la Integridad postulada por Erikson (2000). De manera más directa, McAdams y Bauer (2004) han señalado que el sentido de gratitud en las personas, puede ser particularmente importante para los adultos mayores, puesto que los ayudaría a alcanzar con éxito la etapa final del desarrollo adulto y alcanzar la integridad.

Entonces, tal como se ha postulado, la gratitud es un factor valioso para los adultos mayores, en tanto genera afecto positivo y sentimientos de bienestar, permitiendo así hacer una evaluación satisfactoria de la vida, y con ello, guiando al camino hacia la integridad, tal como lo señala nuestro modelo.

Otro de los aspectos estructurales que contempla el modelo final es que la resiliencia predice directamente la integridad. La resiliencia, entendida como la capacidad de resistir el sufrimiento y de superar los traumas psíquicos (Fiorentino, 2008), lleva a que la persona que experimente situaciones adversas, pueda minimizar los efectos negativos y maximizar los positivos, procurando que, de esta forma, pueda preservar su integridad (Jiménez y Arguedas,

2004). Se evidencia, por tanto, que esta variable tiene gran importancia, especialmente en los adultos mayores, puesto que el envejecimiento se caracteriza por situaciones estresantes, tales como menor autonomía, disminución cognitiva, y temas referentes a la muerte, tanto propia como de aquellos coetáneos (Caycho-Rodríguez, et al., 2018b). Es en estas situaciones, evidentemente, donde se precisa el desarrollo de un adecuado nivel de resiliencia, al tener que ajustarse a esta etapa de la vida con entereza.

Diversas investigaciones se han interesado en el tema de la resiliencia, especialmente en adultos mayores. Melici (2016) por ejemplo, señala que la resiliencia, en adultos mayores, puede expresarse de diversas maneras y tiene implícito varios correlatos directamente relacionados: la personalidad, interés en aprender, aceptación, significado / propósito, identidad de género, seguridad y sentido de pertenencia. La autora señala que todos estos aspectos contribuyeron a que las personas puedan sobrellevar las tribulaciones que enfrentaron a lo largo de la vida, demostrando su resiliencia, y que actualmente puedan tener un sentido de integridad.

Otros estudios que respaldan esta idea señalan que los adultos mayores mantienen niveles altos de resiliencia puesto que la han ido construyendo a través de los años, en base a las experiencias adquiridas, y con ello han conseguido la auto trascendencia (Greene et al., 2012; Nygren et al., 2005). La auto trascendencia implica una mirada madura y existencial del adulto mayor, ligada a un sentimiento de bienestar general con la vida (Tornstam, 1997) que se compone además de sabiduría y adaptación a esta etapa (George y Dixon, 2018). Este concepto está íntimamente ligado al de integridad, puesto que, en efecto, tener una mirada positiva del recuento de la vida, aceptar lo hechos pasados y obtener sabiduría en el proceso es justamente lo que abarca la integridad (Erikson, 2000; Tornstam, 1999, 2011), demostrando así la importante relación entre la resiliencia y la integridad en nuestro modelo.

Finalmente, otro de los predictores de integridad que señala nuestro estudio es la dimensión de significatividad, como parte del sentido de coherencia (Antonovsky, 1987; 1993). La dimensión de significatividad se refiere al grado en que la persona siente que la vida tiene significado emocional, entendiendo que los problemas merecen compromiso y dedicación, y pueden ser vistos como desafíos (Eriksson y Mittelmark, 2017). Antonovsky (1993) lo postula como un componente motivacional dentro del sentido de coherencia, pues señala que el ser humano puede atravesar situaciones difíciles o incluso trágicas en su vida, y, sin embargo, ante ello, aún puede buscar un significado y una resolución ante este hecho, sin tratar de huir o escapar, y con el deseo y la voluntad de invertir energía en superar dicha experiencia angustiosa.

Bueno-Pacheco et al. (2021), ya confirmaron en su estudio que, mediante análisis de regresiones, se demostraba que un fuerte predictor de la integridad era la significatividad. Así, se ha reportado también que las personas que consideran que sus vidas son significativas y, además, han aceptado los eventos pasados difíciles, son más proclives a experimentar sentimientos de voluntad, competencia y conexión con otras personas importantes, demostrando así un alto nivel de integridad (van der Kaap-Deeder et al., 2020, 2021).

Por su parte, Chimich y Nekolaichuk (2004) afirman en su estudio que, aquellas personas que alcanza la integridad pueden decir que su vida tiene motivo, tiene sentido y riqueza, de manera que no temen a la muerte, lo que claramente concuerda con el aspecto motivacional planteado por Antonovsky (1993). Esta idea es apoyada por Moore (1997), al señalar que, por el contrario, los adultos mayores que describen su vida como carente de todo sentido y motivo, muestran tendencia a conductas suicidas. Estas investigaciones, entonces, confirman la necesidad de incluir la dimensión de significatividad en el modelo propuesto para predecir la integridad.

Concluyendo, se puede señalar que las escalas usadas tienen total validez y confiabilidad, lo que garantiza la calidad y veracidad de los resultados presentados. Así, se evidenció que las escalas correlacionan de manera positiva entre sí, excepto la de ánimo deprimido y el afrontamiento centrado en la emoción, que se relaciona de manera negativa. Se evidenciaron diferencias de género en las estrategias de afrontamiento, pero no en cuanto a niveles de integridad ni sentido de coherencia. La edad sí influye en las estrategias de afrontamiento, mas no en la integridad ni en el sentido de coherencia. Tanto la resiliencia como de satisfacción con la vida influyen en la integridad y el sentido de coherencia. Finalmente, es importante considerar que la autoeficacia, satisfacción con la vida, gratitud, afrontamiento orientado al problema, resiliencia y significatividad y ánimo positivo, predicen de forma positiva la Integridad.

6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

Es importante que además de los resultados encontrados y su discusión, se detallen aquellas limitaciones que el estudio presenta. En este sentido, se debe considerar que la mayor parte de

la población estudiada son mujeres, y un tercio (30.5%) son varones. Si bien no se trabajó con población equitativa en cuanto a género, es importante recordar que son las mujeres quienes tienen mayor predisposición para participar en este tipo de investigaciones, siendo, por tanto, mayor el conglomerado femenino.

Otra de las carencias en el estudio es el hecho de no haber podido incluir el factor de bienestar mediante la escala Mental Health Continuum Short-Form. Lamentablemente, el análisis factorial confirmatorio de esta escala no brindó las garantías necesarias para ser incluido en los análisis. Resulta importante destacar esto porque dicha escala ya fue validada en contexto ecuatoriano (Peña et al., 2017), sin embargo, las dificultades en este estudio podrían ser atribuidas a que únicamente se aplicó a adultos mayores, a diferencia de la validación que fue realizada en personas de 18 años de edad en adelante. Sin embargo, esta dificultad dota de importancia y convierte en una fortaleza la validación de las demás escalas y refuerza la necesidad de confirmar los aspectos diferenciales de las escalas que comprometen específicamente a los adultos mayores en la consecución de su validez.

Similar situación ocurre con el planteamiento de ítems criterioles para la percepción subjetiva de salud física. Si bien dichos ítems han sido empleados en otros estudios locales, con buenos resultados (Lima-Castro et al., 2018), en esta investigación no se pudo obtener una adecuada validez, debido a que al tratarse únicamente de ítems de evaluación y no de una escala, el análisis factorial confirmatorio no procedió. Se recomienda en futuras investigaciones, considerar evaluar este aspecto, pero con una escala propia para tal efecto.

Finalmente, se sugiere que, en futuras investigaciones con adultos mayores, se consideren otros aspectos también importantes y determinantes en la situación de vida de los adultos mayores, como son los aspectos sociodemográficos (etnia, nivel escolar, situación económica / laboral) y otros aspectos psicológicos que no pudieron ser incluidos en este estudio, como el apoyo social, el bienestar psicológico y la autopercepción.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue generar un modelo estructural que pueda predecir la integridad en adultos mayores ecuatorianos. En la consecución de este objetivo, se han obtenido varias conclusiones que se detallan a continuación:

1. Las escalas de satisfacción (*Satisfaction With Life Scale*), resiliencia (*Brief Resilient Coping Scale*), y autoeficacia (Escala de Autoeficacia General), mostraron buen ajuste estructural, unidimensionalidad y adecuada fiabilidad.
2. Dos escalas fueron modificadas para su uso en esta investigación:
 - a. La escala de gratitud (*Gratitude Questionary*) presentó muy buen ajuste, usando para esta investigación una versión validada de 5 ítems.
 - b. La escala de sentido de coherencia tuvo una organización de dimensiones diferente a la propuesta original, pero ampliamente respaldada por varios estudios.
3. Tanto el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés como la escala de estado de

ánimo deprimido (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale*) mostraron una estructura factorial de segundo orden, con buen ajuste y adecuada fiabilidad.

4. Fueron eliminados del estudio la escala de bienestar (*Mental Health Continuum Short Form*) y los ítems criterios para evaluar la salud subjetiva, debido a su baja fiabilidad y pobre ajuste en el AFC.
5. La integridad se relacionó positiva y significativamente con la resiliencia, satisfacción con la vida, afrontamiento focalizado en la solución del problema y reevaluación positiva, gratitud y autoeficacia general.
6. La desesperanza mostró una correlación positiva con el estado de ánimo deprimido y las dimensiones de afrontamiento orientado a la emoción: autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación.
7. El estado de ánimo deprimido correlacionó de manera positiva con la expresión emocional abierta, como dimensión del afrontamiento orientado a la emoción.
8. Las escalas de resiliencia, satisfacción con la vida, gratitud, autoeficacia general, sentido de coherencia y con las dimensiones del afrontamiento de focalización en el problema, tuvieron una correlación positiva entre ellas.
9. La desesperanza mostró una correlación negativa con gratitud, autoeficacia y todas las dimensiones del sentido de coherencia.
10. El estado de ánimo deprimido correlacionó de forma negativa con la satisfacción con la vida, resiliencia, integridad, autoeficacia y sentido de coherencia.
11. Las mujeres usan más las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, especialmente las de religión y autofocalización negativa, mientras que los hombres usan más la dimensión de expresión emocional abierta y de evitación.
12. Referente a la edad, los grupos más jóvenes usaban en mayor medida las

estrategias afrontamiento de reevaluación positiva, pero también la de evitación, a diferencia de los mayores muy ancianos.

13. No existen diferencias en el nivel de integridad, ya sea por género o por edad.
14. Los hombres presentan mayores niveles de desesperanza que las mujeres.
15. No existe diferencia en cuanto a género o edad en relación al sentido de coherencia, aunque sí se comprobó que las mujeres tienen mayores puntajes en la dimensión de comprensibilidad.
16. A mayores niveles de satisfacción con la vida y resiliencia, hay mayor sentido de coherencia e integridad en los adultos mayores.
17. Mayores niveles de resiliencia y satisfacción con la vida favorecen el uso de estrategias de afrontamiento orientadas al problema y adaptativas, en lugar de las estrategias orientadas a la emoción.
18. Mediante análisis de regresión lineal, se constató que los grandes predictores de la integridad son la autoeficacia, la satisfacción con la vida y la dimensión de significatividad.
19. La desesperanza, por su parte, está predicha por el estado de ánimo deprimido.
20. En relación al modelo estructural propuesto, se confirma que las variables que predicen la integridad son la autoeficacia y la satisfacción con la vida, mediados por el afrontamiento orientado al problema. También se incluye a la gratitud, mediada por la dimensión de afecto positivo, y, finalmente, se considera la dimensión de significatividad del sentido de coherencia y la resiliencia.
21. Se recomienda realizar nuevos análisis de fiabilidad y factoriales para la escala de bienestar (Mental health continuum short form) específicamente en la población de adultos mayores, sobre todo, en el ámbito de investigación.
22. Es importante considerar, en próximas investigaciones, una escala que evalúe la salud física, en lugar de los ítems criteriosales usados en este estudio.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

- Abdelgadir, M., Shebeika, W., Eltom, M., Berne, C., & Wikblad, K. (2009). Health related quality of life and sense of coherence in Sudanese diabetic subjects with lower limb amputation. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 217(1), 45-50. <https://doi.org/10.1620/tjem.217.45>
- Acuña Gurrola, M. D. R., & González Celis Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26792>
- Afonso, R., Bueno, B., Loureiro, M., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063-1080. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.500585>
- Aguilar-Sizer, M., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Bueno-Pacheco, A. (2017). Variables sociodemográficas relacionadas con el bienestar en personas con o sin discapacidad. *Maskana*, 8(Especial), 37-47.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53,

- 337-348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Aléx, L. (2010). Resilience among very old men and women. *Journal of Research in Nursing* 15(5), 419-431. <https://doi.org/10.1177/1744987109358836>
- Allemand, M., & Hill, P. L. (2016). Gratitude from early adulthood to old age. *Journal of Personality*, 84(1), 21-35. <https://doi.org/10.1111/jopy.12134>
- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto envejecimiento. *Gerokomos*, 25(1), 57-67. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Anaby, D., Jarus, T., & Zumbo, B. D. (2010). Psychometric evaluation of the Hebrew language version of the Satisfaction with Life Scale. *Social Indicators Research*, 96(2), 267-274. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9476-z>
- Anggraini, D., & Palupi L. (2020). Relationship between gratitude and psychological well-being around Lapindo Mudflow resident. *E3S Web of Conferences*, 153. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202015303005>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969-974. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90427-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90427-6)
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
- Aponte Danza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182.
- Arias W., Huamani, J., & Caycho-Rodríguez, T. (2018). Satisfacción con la vida en escolares de la ciudad de Arequipa. *Propósitos y Representaciones*, 6(1), 351-407. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.206>
- Armenta, C. N., Fritz, M. M., & Lyubomirsky, S. (2017). Functions of positive emotions: Gratitude as a motivator of self-improvement and positive change. *Emotion Review*, 9(3), 183-190. <https://doi.org/10.1177/1754073916669596>
- Asiri, S., Foroughan, M., Fadayee Vatan, R., Rassouli, M., & Montazeri, A. (2019). Psychometric properties of the Persian version of the Gerotranscendence scale in community-dwelling older adults. *Educational Gerontology*, 45(10), 636-644.

<https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1678289>

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5^a ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Astier, A. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to “light at the end of the tunnel”? *Journal of Loss and Trauma, 10*(3), 253-265, <https://doi.org/10.1080/15325020590928216>
- Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (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), 331-336.
- Avilés, E. (n.d.). *Enciclopedia de Ecuador: Provincia del Azuay-Geografía del Ecuador*. <http://www.encyclopediadelecuador.com/geografia-del-ecuador/provincia-del-azuay/>
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion, 21*, 95-118. <https://doi.org/10.1080/02699930600562276>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511665684.003>
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Life Span theory in developmental psychology. In W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). John Wiley & Sons Inc.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review 84*, 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (vol. 4, pp. 71-81). Academic Press.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman and Co.
- Barrón, A., & Sánchez-Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, *13*(1), 17-23.
- Barrón, A., Lozano, P., & Chacón, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. In A. Martín, F. Chacón, & M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 205-226). Siglo XXI.
- 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*, 257-264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Bergman, E., Arestedt, K., Fridlund, B., Karlsson, J. E., & Malm, D. (2012). The impact of comprehensibility and sense of coherence in the recovery of patients with myocardial infarction: a long-term follow-up study. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, *11*(3), 276-283. <https://doi.org/10.1177/1474515111435607>
- Blodgett, J. M., Lachance, C. C., Stubbs, B., Co, M., Wu, Y. T., Prina, M., Tsang, V., & Cosco, T. D. (2021). A systematic review of the latent structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) amongst adolescents. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03206-1>
- Borda, M. G., Castellanos-Perilla, N., Patiño, J. A., Castelblanco, S., Cano, C. A., Chavarro-Carvajal, D., & Pérez-Zepeda, M. (2017). Edentulism and its relationship with self-rated health: Secondary analysis of the SABE Ecuador 2009 Study. *Acta Odontológica Latinoamericana*, *30*(2), 83-89.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, *2*(2), 50-63.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, *5*, 58-67. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.58>
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N., (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, *27*(1),77-94.

- Brummel-Smith, K. (2007a). Optimal aging, Part I: Demographics and definitions. *Annals of Long-Term Care*, 15(11).
- Brummel-Smith, K. (2007b). Optimal aging, part II: Evidence-based practical steps to achieve it. *Annals of Long-Term Care*, 15(12).
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al español de la escala de Autoeficacia General para su uso en contexto ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(48), 5-17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.01>
- Bueno-Pacheco, A., Satorres, E., Delhom, I., & Meléndez, J. (2021). Ego-integrity and its relationship with sense of coherence, satisfaction, self-efficacy, and depression. *Current Psychology*. Advance online publication <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01978-z>
- Busot, I. (1997). Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. *Encuentro Educativo*, 4(1), 53-63.
- Bustamante, M. A., Lapo, M. C., Torres, J. D., & Camino, S. M. (2017). Factores socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia de Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica* 28(5), 165-176. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642017000500017>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4 Part 1), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Cabrera-Vélez, M., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Aguilar-Sizer, M., Bueno-Pacheco, A., & Arias-Medina, P. (2019). Adaptation and validation of the Gratitude Questionnaire GQ-6 for the ecuadorian context. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 129-137. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15689.03>
- Cabrera-Vélez, M., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Aguilar-Sizer, M., Bueno-Pacheco, A., & Arias-Medina, P. (2019). Adaptation and validation of the Gratitude Questionnaire GQ-6 for the Ecuadorian context. *Avaliação Psicológica*, 18(2), 129-137. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1802.15689.03>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica*

- Herediana*, 29(3), 182-191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Calero, M. D., & Navarro, E. (2018). Variables que favorecen un envejecimiento exitoso. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 207-224. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>
- Calvo, F., & Díaz Palera, M. D. (2004). Apoyo social percibido: Características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16, 570-575.
- Cámara Oficial Española de Comercio del Ecuador (2020). *Geografía de Ecuador*. CAMACOES. <https://www.camaraofespanola.org/geografia-de-ecuador/>
- Canelas, C. (2019). Informality and poverty in Ecuador. *Small Business Economics*, 53(2018), 1097-1115. <https://doi.org/10.1007/s11187-018-0102-9>
- Caputo, A. (2016). Italian translation and validation of the Gratitude Questionnaire (GQ-6). *International Journal of Wellbeing*, 6(2), 80-92. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.492>
- Cardeñoso, O., & Calvete, E. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Teale, M. J., Welch, P. G., Abrams, M. P., Robinson, T., & Asmundson, G. J. (2013). The center for epidemiologic studies depression scale: A review with a theoretical and empirical examination of item content and factor structure. *PloS One*, 8(3), e58067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058067>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., & Scheider, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, L. F., & Buchanan, D. (2016). Successful aging: Considering non-biomedical constructs. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1623-1630.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S117202>

- Cava, M. J., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *10*, 215-221.
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C. H., Barboza-Palomino, M., Arias-Gallegos, W. L., Dominguez-Vergara, J., Azabache-Alvarado, K., Cabrera-Orosco, I., & Samaniego Pinho, A. (2018a). Psychometric evidence of the Diener's Satisfaction with Life Scale in Peruvian elderly. *Revista Ciencias de la Salud*, *16*(3), 473-491. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7267>
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C., Tomás, J., Domínguez-Vergara, J., Daniel, L., & Arias-Gallegos, W. (2018b). Evidencias psicométricas de una medida breve de resiliencia en adultos mayores peruanos no institucionalizados. *Psychosocial Intervention*, *27*(2), 73-79. <https://dx.doi.org/10.5093/pi2018a6>
- Chaplin T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion review: Journal of the International Society for Research on Emotion*, *7*(1), 14-21. <https://doi.org/10.1177/1754073914544408>
- Chaudhary, H., Jyoti, & Chaudhary, S. (2014). Positive emotions, resilience, gratitude and forgiveness: Role of positive psychology in 21st century. *Indian Journal of Positive Psychology*, *5*(4), 528-530.
- Chavarría, J. (2015). Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, *72*(615), 427-429.
- Chen, L.H., Chen, M., Kee, Y., & Tsai, Y. (2008). Validation of the Gratitude Questionnaire (GQ) in Taiwanese undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, *10*, 655-664. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9112-7>
- Chen, T. J., Li, H. J., & Li, J. (2012). The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of Chinese elderly: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *12*, 189. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-189>
- Chimich, W. T., & Nekolaichuk, C. L. (2004). Exploring the links between depression, integrity, and hope in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(7), 428-433.

<https://doi.org/10.1177/070674370404900703>

- Chiu F. P. F. & Tsang H. W. H. (2004) Validation of the Chinese general self-efficacy scale among individuals with schizophrenia in Hong Kong. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27, 159-161.
- Chonody, J., & Teater, B. (2016). Why do I dread looking old? A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28(2), 112-126. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950533>
- Christopher K. A. (2000). Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *Western Journal of Nursing Research*, 22(2), 123-143. <https://doi.org/10.1177/019394590002200203>
- Ciairano, S., Rabaglietti, E., Martini, R., & Giletta, M. (2008). Older people's sense of coherence: Relationships with education, former occupation and living arrangements. *Ageing and Society*, 28(8), 1075-1091. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007411>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2018). *Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2017-2021*. CNII. https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/anii2017_2021_1_2_2018.pdf
- Corporación Eléctrica del Ecuador (2013). *Complejo Hidroeléctrico Paute Integral*. CELEC. <https://www.celec.gob.ec/hidropaute/perfil-corporativo/paute-integral.html>
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books.
- de Guzman, A., Shim, H., Sia, C., Siazon, W., Sibal, M., Siglos, J., & Simeon, F. (2011). Ego Integrity of older people with physical disability and therapeutic recreation. *Educational Gerontology*, 37(4), 265-291. <https://doi.org/10.1080/03601270903534945>
- de La Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizquete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.
- de La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.

<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

- del Pino Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.002>
- Demiris, G., Oliver, D. P., Washington, K., Fruehling, L. T., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., Weckin, H., & Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 1005-1011. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0022>
- Derbis, R., & Jasiński, A. M. (2018). Work satisfaction, psychological resiliency and sense of coherence as correlates of work engagement. *Cogent Psychology*, 5(1), 1451610. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1451610>
- Derdaele, E., Toussaint, L., Thauvoye, E., & Dezutter, J. (2019). Forgiveness and late life functioning: The mediating role of finding ego-integrity. *Aging and Mental Health*, 23(2), 238-245. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399346>
- Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, 62(1), 208-216. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.011>
- Dezutter, J., Toussaint, L., & Dewitte, L., (2020). Finding a balance between integrity and despair: A challenging task for older adults in residential care. *Journal of Adult Development*. 27, 147-156. <https://doi.org/10.1007/s10804-019-09332-1>
- Dezutter, J., Toussaint, L., & Leijssen, M., (2016). Forgiveness, ego-integrity, and depressive symptoms in community-dwelling and residential elderly adults. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(5), 786-797. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu146>
- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., & Luyckx, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: A look at the role of integrity and despair. *Aging & Mental Health*, 17(7), 839-843. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.792780>

- Diener E., & Diener, M. (2009). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. In E. Diener (Eds.), *Culture and Well-Being* (pp. 71-91). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2352-0_4
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- 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
- Diener, E., Suh, E., Smith, H., & Shao, L. (1995). National cultural differences in reported subjective well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research*, 34, 7-32. <https://doi.org/10.1007/BF01078966>
- Domínguez Dávila, F. (1992). Cuenca y el Turismo. In F. Murillo (Ed.), *Cuenca, Azuay, Ecuador Guía Turística Comercial* (pp. 142-147). Acrópolis Ediciones.
- Dong, X., & Simon, M. (2008). Is greater social support a protective factor against elder mistreatment? *Gerontology*, 54(6), 381-388. <https://doi.org/10.1159/000143228>
- Donnellan, C., & O'Neill, D. (2014). Baltes' SOC model of successful ageing as a potential framework for stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 36(5), 424-429. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.793412>
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2012). Adaptation to stroke using a model of successful aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 19(4), 530-547. <https://doi.org/10.1080/13825585.2011.638976>
- Drewelies, J., Wagner, J., Tesch-Römer, C., Heckhausen, J., & Gerstorf, D. (2017). Perceived control across the second half of life: The role of physical health and social integration. *Psychology and Aging*, 32, 76-92. <http://doi.org/10.1037/pag0000143>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Córdón-Pozo, E. (2019). Successful aging in Spanish older adults: The role of psychosocial resources. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 181-

191. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000388>
- Durá-Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L., Kimmick, G., Cohen, H. J., Yung, R. L., & Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-oncology*, 26(11), 1914-1921. <https://doi.org/10.1002/pon.4404>
- Durak, M., Senol-Durak, E., & Gencoz, T. (2010). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research*, 99(3), 413-429. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9589-4>
- Edlund, B. J. (2014). Revisiting spirituality in aging. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(7), 4-5. <https://doi.org/10.3928/00989134-20140618-01>
- Edman, J. L., Danko, G. P., Andrade, N., McArdle, J. J., Foster, J., & Glipa, J. (1999). Factor structure of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) among Filipino-American adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(4), 211-215. <https://doi.org/10.1007/s001270050135>
- Edwards, M. C., Cheavens, J. S., Heiy, J. E., & Cukrowicz, K. C. (2010). A reexamination of the factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: is a one-factor model plausible? *Psychological Assessment*, 22(3), 711-715. <https://doi.org/10.1037/a0019917>
- Egüez Guevara, P., & Flavia, D. (2015). Socioeconomic and lifestyle factors associated with chronic conditions among older adults in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 226–232.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30, 565-582. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01073.x>
- Ellis, K. R., Griffith, D. M., Allen, J. O., Thorpe, R. J., Jr, & Bruce, M. A. (2015). “If you do nothing about stress, the next thing you know, you're shattered”: Perspectives on African

- American men's stress, coping and health from African American men and key women in their lives. *Social Science & Medicine*, 139, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.036>
- Enríquez, O., Pancho, A., & Sánchez, B. (2019). *Informe mensual de gestión del servicio de población adulta mayor-mis mejores años y del estado situacional de su población objetivo*. Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56-121. <https://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- Erikson, E. H. (1964). *Childhood and society*. Norton Ed.
- Erikson, E. H. (1984). Reflections on the last stage-and the first. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 39(1), 155-165. <https://doi.org/10.1080/00797308.1984.11823424>
- Erikson, E. H. (1988). *El ciclo de vida completado*. Paidós.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. W. W. Norton.
- Eriksson M., & Mittelmark M. B. (2017) The sense of coherence and its measurement. In M. Mittelmark, S. Sagy, M. Erikson, G. F. Bauer, J. M, Pelikan B. Lindstrom, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 97-106) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>

Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos*. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.238>

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 298012. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>

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>

Filip, M., Lukavská, K., & Šolcová, I. P. (2020). Dialogical and integrated self in late adulthood: Examining two adaptive ways of growing old. *International Journal of Aging & Human Development*, 90(4), 337-362. <https://doi.org/10.1177/0091415019831445>

Fiorentino, M., (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113.

Fishman, S. (1992). Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(2), 267-277. <https://doi.org/10.1017/s1041610292001303>

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>

Fortes, P. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>

- Freire, W. B., & Waters, W. F. (2012). *Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador: Desafíos Presentes y Futuros*. V Congreso de La Asociación Latinoamericana de Población, 1–30. Montevideo.
- Froh, J. J., Fan, J., Emmons, R. A., Bono, G., Huebner, E. S., & Watkins, P. (2011). Measuring gratitude in youth: Assessing the psychometric properties of adult gratitude scales in children and adolescents. *Psychological Assessment*, 23(2), 311-324. <https://doi.org/10.1037/a0021590>
- Froh, J. J., Kashdan, T. B., Ozimkowski, K. M., & Miller, N. (2009). Who benefits the most from a gratitude intervention in children and adolescents? Examining positive affect as a moderator. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 408-422. <https://doi.org/10.1080/17439760902992464>
- Fung, S. (2020). Validity of the Brief Resilience Scale and Brief Resilient Coping Scale in a Chinese Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1265. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041265>
- Gallardo-Peralta, L. P., & Rodríguez-Blázquez, C., Ayala-García, A., & João Forjaz, M. (2020). Validation of the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) in a multiethnic sample of Chilean older people. *Interciencia*, 45(11),524-531
- Gana, K., & Garnier, S. (2001). Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1079-1090. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00205-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00205-1)
- Gellis, Z., & Taguchi, A. (2004) Depression and health status among community-dwelling japanese american elderly. *Clinical Gerontologist*, 27(3), 23-38. https://doi.org/10.1300/J018v27n03_03
- George, W., & Dixon, A. (2018). Understanding the presence of gerotranscendence among older adults. *Adultspan Journal*, 17(1), 27-40. <https://doi.org/10.1002/adsp.12051>
- Getnet, B., & Alem, A. (2019). Construct validity and factor structure of sense of coherence (SoC-13) scale as a measure of resilience in Eritrean refugees living in Ethiopia. *Conflict and Health*, 13, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0185-1>

- Gobierno de Ecuador (2015). *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial del Azuay actualizado 2015-2030*. Gobierno de Ecuador. http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/0160000190001_P_DyOT_AZUAY_2015_17-08-2015_10-02-34.pdf
- Goebel, B., & Boeck, B. (1987). Ego integrity and fear of death: A comparison of institutionalized and independently living older adults. *Death Studies, 11*(3), 193-204. <https://doi.org/10.1080/07481188708252192>
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339
- González Bernal, J., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 7*(1), 121-129. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.783>
- González, M., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(3), 189-198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- Gori, A., Topino, E., & Di Fabio, A. (2020) The protective role of life satisfaction, coping strategies and defense mechanisms on perceived stress due to COVID-19 emergency: A chained mediation model. *PLoS ONE 15*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242402>
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Da Fonseca, P. N., & de Miranda Coelho, J. A. P. (2009). Life satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research, 90*(2), 267-277. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>
- Gouveia, V., Ribeiro, M. G., Aquino, T., Loureto, G. D., Nascimento, B., & Rezende, A. T. (2019). Gratitude Questionnaire (GQ-6): Evidence of construct validity in Brazil. *Current Psychology, 40*, 2481-2489. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00197-x>
- Greene, R. R., Hantman, S., Sharabi, A., & Cohen, H. (2012). Holocaust survivors: three waves
-

- of resilience research. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 9(5), 481-497.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2011.566797>
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 19(1), 15-31. <https://doi.org/10.1080/14659890500436430>
- Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., López, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Physical activity and quality of life in older adults in Spain. *Medicina Clínica*, 123(16), 606-610.
[https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74616-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74616-3)
- Guarnaccia, P. J., Angel, R., & Worobey, J. L. (1989). The factor structure of the CES-D in the Hispanic health and nutrition examination survey: The influences of ethnicity, gender and language. *Social Science & Medicine*, 29(1), 85-94. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90131-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90131-7)
- Gutiérrez, M., Serra, E., & Zacarés, J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Promolibro.
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., & Calatayud, P. (2018). Contributions of psychosocial factors and physical activity to successful aging. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, 1.9.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2018.27>
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., & Calatayud, P. (2018). Contributions of psychosocial factors and physical activity to successful aging. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E26.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2018.27>
- Hajek, A., Forstmeier, S., Brettschneider, C., Lüthmann, D., Döhring, J., Wiese, B., Oey, A., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Röhr, S., Conrad, I., Weeg, D., Mösch, E., Heser, K., Wagner, M., Scherer, M., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., ... König, H. H. (2021). Health-related quality of life and ego integrity among the oldest old - Evidence from the multicenter AgeCoDe-AgeQualiDe study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 95, 104408. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104408>
- Hampton, N., & Marshall, A. (2000). Culture, gender, self-efficacy, and life satisfaction: A comparison between Americans and Chinese people with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*. 66(3), 21-28.

- Han, K., Lee, Y., Gu, J., Oh, H., Han, J., & Kim, K. (2015). Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 31-41. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0225-5>
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging: Social and psychological perspectives* (pp. 229-320). Atherton Press.
- Hawkes, L. M. (2004). Reflections of ego integrity in older women through autophotography (Southern Illinois University, Carbondale). Recuperado de opensiuc@lib.siu.edu
- Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R., & Marcia, J. E. (2012). Between integrity and despair: Toward construct validation of Erikson's eighth stage. *Journal of Adult Development*, 19(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10804-011-9126-y>
- Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R., & Marcia, J. E. (2012). Between integrity and despair: Toward construct validation of Erikson's eighth stage. *Journal of Adult Development*, 19, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10804-011-9126-y>
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A Life-Span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284-304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Henry, W. E. (1964). The theory of intrinsic disengagement. In P. F. Hansen (Ed.), *Age with a future* (pp. 415-418). Davis.
- Hernández, R., Calderon, C., Carmona-Bayonas, A., Rodríguez Capote, A., Jara, C., Padilla Álvarez, A., Gómez-Camacho, M., Beato, C., Castelo, B., Majem, M., Muñoz, M., Ivars, A., Mangas-Izquierdo, M., Rogado-Revuelta, J., & Jiménez-Fonseca, P. (2019). Differences in coping strategies among young adults and the elderly with cancer. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(5), 426-434. <https://doi.org/10.1111/psyg.12420>
- Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2020). Self-efficacy as an agentic protective factor against death anxiety in PTSD and psychiatric co-morbidity. *The Psychiatric Quarterly*, 91(1),

- 165-181. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09694-5>
- Holland, J., Poppito, S., Nelson, C., Weiss, T., Greenstein, M., Martin, A., Thirakul, P., & Roth, A. (2009). Reappraisal in the eighth life cycle stage: A theoretical psychoeducational intervention in elderly patients with cancer. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 271-279. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990198>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hummert, M., Garstka, T., Shaner, J., & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49(5), 240-249. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.5.p240>
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Ilustre Municipalidad de Cuenca (2015). *Atlas PDOT cantón 2015 Municipio de Cuenca (1 ed.)*. GAD Municipal Cuenca.
- Ilves, O. E., Hermsen, L., van der Wouden, J. C., Holla, J., van der Leeden, M., Smalbrugge, M., Leone, S. S., van der Horst, H. E., & Dekker, J. (2019). Are changes in pain, cognitive appraisals and coping strategies associated with changes in physical functioning in older adults with joint pain and chronic diseases? *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(3), 377-383. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0978-x>
- Ilyas, Z., Shahed, S. & Hussain, S. (2020). An impact of perceived social support on old age well-being mediated by spirituality, self-esteem and ego integrity. *Journal of Religion and Health*, 59, 2715-2732. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00969-6>
- INEC (2019). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Retrieved May 13, 2019, from

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

- Inga, J., & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima - Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-485.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtiencha, C., Kespnichayawattana, J., & Aunguroch, Y. (2001). Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(3), 283-302. <https://doi.org/10.1023/A:1011984017317>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). *Proyecciones Poblacionales*. Retrieved December 2, 2019, from <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2009). *Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor*. Gobierno de Ecuador. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo*. Gobierno de Ecuador. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-desempleo-y-subempleo/>
- Instituto Oceanográfico de la Armada (2012). *Información General de la República del Ecuador*. INOCAR.
- International Test Commission (2014). *The ITC statement on the use of tests and other assessment instruments for research purposes*. <https://www.intestcom.org/page/22>
- Işık, Ş., & Ergüner-Tekinalp, B. (2017). The effects of gratitude journaling on Turkish first year college students' college adjustment, life satisfaction and positive affect. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 39(2), 164-175. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9289-8>
- James, J., Zarrett, N. (2006). Ego integrity in the lives of older women. *Journal of Adult Development* 13, 61-75. <https://doi.org/10.1007/s10804-006-9003-2>
- Jang, S., Kim, E. S., Cao, C., Allen, T. D., Cooper, C. L., Lapierre, L. M., O'Driscoll, M. P., Sanchez, J. I., Spector, P. E., Poelmans, S. A. Y., Abarca, N., Alexandrova, M., Antoniou, A. S., Beham, B., Brough, P., Carikci, I., Ferreiro, P., Fraile, G., Geurts, S.,

- ..., & Woo, J. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale across 26 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(4), 560-576. <https://doi.org/10.1177/0022022117697844>
- Janis, L. B., Canak, T., Machado, M. A., Green, R. M., & McAdams, D. P. (2011). *Development and validation of the Northwestern Ego Integrity Scale*. Northwestern University.
- Jenkins, A. (2011). Participation in learning and wellbeing among older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 30(3), 403-420. <https://doi.org/10.1080/02601370.2011.570876>
- Jeong, HS., & Oh, HS. (2015a). Evaluating the comprehensive model of ego-integrity for senior patients in convalescent hospitals: Influence factors and outcome variables. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 317-326. <http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2015.7.5.30>
- Jeong, HS., & Oh, HS. (2015b). Mutual reciprocal relationship between ego integrity and depression in elderly: Multi-dimensional influencing factors. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27(3), 262-272. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2015.27.3.262>
- Jiménez, F., & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista electrónica «actualidades investigativas en educación»*, 4. <https://www.redalyc.org/html/447/44740205/>
- Jong, Y., Lee, M., & Lee, J. (2018). Effects of participation in dancesports program on age identity, existential identity, and ego integrity of the elderly in South Korea. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 9, 1076.
- Jovanović, V. (2016). The validity of the Satisfaction with Life Scale in adolescents and a comparison with single-item life satisfaction measures: A preliminary study. *Quality of Life Research*, 25(12), 3173-3180. doi:10.1007/s11136-016-1331-5
- Keyes C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. (2009). Brief description of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF).

<https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

- Keyes, C. L., 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>
- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C.L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*. 77, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5550-3>
- Killen, A., & Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 16(4), 947-964. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9542-3>
- Kleijn, G., Lissenberg-Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Steunenberg, B., Knipscheer-Kuijpers, K., Willemsen, V., Becker, A., Smit, E. F., Eeltink, C. M., Bruynzeel, A., van der Vorst, M., de Bree, R., Leemans, C. R., van den Brekel, M., Cuijpers, P., & Verdonck de Leeuw, I. M. (2018). The efficacy of life review therapy combined with memory specificity training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: A randomized controlled trial. *PloS One*, 13(5), e0197277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197277>
- Kleijn, G., Post, L., Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Cuijpers, P., & Verdonck-De Leeuw, I. M. (2016). Psychometric characteristics of a patient reported outcome measure on ego-integrity and despair among cancer patients. *PLoS ONE*, 11(5), 4-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156003>
- Kocalevent, R. D., Zenger, M., Hinz, A., Klapp, B., & Brähler, E. (2017). Resilient coping in the general population: standardization of the brief resilient coping scale (BRCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0822-6>
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(1), 65-

72. <https://doi.org/10.1002/gps.521>
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: A review. *Jama*, *317*(20), 2114-2122.
- Konaszewski, K., Kolemba, M., & Niesiobędzka, M. (2021). Resilience, sense of coherence and self-efficacy as predictors of stress coping style among university students. *Current Psychology*, *40*(8), 4052-4062. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00363-1>
- Kong, F., You, X., & Zhao, J. (2017). Evaluation of the Gratitude Questionnaire in a Chinese sample of adults: Factorial validity, criterion-related validity, and measurement invariance across sex. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1498. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01498>
- König, S., & Glück, J. (2014). Gratitude is with me all the time: How gratitude relates to wisdom. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*(5), 655-666. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt123>
- Krause, N., & Hayward, R. D. (2014). Hostility, religious involvement, gratitude, and self-rated health in late life. *Research on Aging*, *36*(6), 731-752. <https://doi.org/10.1177/0164027513519113>
- Kwiatk, P. (2012). Przeszkody i strategie rozwoju wdzięczności w świetle współczesnych badań psychologicznych. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, *32*, 151-163. <https://doi.org/10.21852/sem.2012.32.12>
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, *30*(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- Langer, Á. I., Ulloa, V. G., Aguilar-Parra, J. M., Araya-Véliz, C., & Brito, G. (2016). Validation of a Spanish translation of the Gratitude Questionnaire (GQ-6) with a Chilean sample of adults and high schoolers. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*, 53. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0450-6>
- Länsimies, H., Pietilä, A. M., Hietasola-Husu, S., & Kangasniemi, M. (2017). A systematic review of adolescents' sense of coherence and health. *Scandinavian Journal of Caring*

- Sciences*, 31(4), 651-661.
- Larsson, G., & Kallenberg, K. (1999). Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modelling. *European Journal of Personality*, 13, 51-61. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199901/02\)13:1<51::AID-PER321>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199901/02)13:1<51::AID-PER321>3.0.CO;2-P)
- Latorre, J., & Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 243-364. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3847>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer
- Lazić, M., Jovanović, V. & Gavrilov-Jerković, V. (2021). The general self-efficacy scale: New evidence of structural validity, measurement invariance, and predictive properties in relationship to subjective well-being in Serbian samples. *Current Psychology*, 40, 699-710. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9992-6>
- Lee, P., Lan, W., & Yen, T. (2011). Aging Successfully: A four- factor model. *Educational Gerontology*, 37(3), 210-227. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.487759>
- Lehr, U. (1979). *Psicología de la senectud*. Herder.
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107.
- León Velasco, J. (2015). *Geografía del Ecuador*. Editorial Ecuador.
- Leung, D. Y., & Leung, A. Y. (2011). Factor structure and gender invariance of the Chinese General Self-Efficacy Scale among soon-to-be-aged adults. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1383-1392. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05529.x>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M. J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V. G., Wallston, K. A. y Gómez-Benito, J. (2014). Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.35>
- Lin, C. C. (2015). Impact of gratitude on resource development and emotional well-being. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 43(3), 493-504.
-

<https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.3.493>

- Lizarbe-Chocarro, M., Guillén-Grima, F., Aguinaga-Ontoso, I., & Canga Armayor, N. (2016). Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 237-248.
- Loft, C. C., Jones, F. W., & Kneebone, I. I. (2018). Falls self-efficacy and falls incidence in community-dwelling older people: The mediating role of coping. *International Psychogeriatrics*, 30(5), 727-733. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002319>
- Lucas-Carrasco, R., Sastre-Garriga, J., Galán, I., Den Oudsten, B. L., & Power, M. J. (2014). Preliminary validation study of the Spanish version of the satisfaction with life scale in persons with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 36(12), 1001-1005. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.825650>
- Lupien, S. J., & Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 359(1449), 1413-1426. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1516>
- Lupien, S. J., & Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 359(1449), 1413-1426. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1516>
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & 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>
- Lutha, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>

- Mao, C., Li, Z.-H., Lv, Y.-B., Gao, X., Kraus, V. B., Zhou, J.-H., ... Shi, X.-M. (2019). Specific leisure activities and cognitive functions among the oldest-old: The Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 74, 739-746. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz086>
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., Omani Samani, R., & Ezabadi, Z. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in Iranian infertile women. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 14(1), 57-62.
- Marsh, S. C., Clinkinbeard, S. S., Thomas, R. M., & Evans, W. P. (2007). Risk and protective factors predictive of sense of coherence during adolescence. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 281-284. <https://doi.org/10.1177/1359105307074258>.
- Martínez, B. R. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(1), 29-34.
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- Masoudnia, E. (2008). Perceived self-efficacy and coping strategies in stressful situations. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(51), 405-415.
- Mattisson, C., Horstmann, V., & Bogren, M. (2014). Relationship of SOC with sociodemographic variables, mental disorders and mortality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(5), 434-445. <https://doi.org/10.1177/1403494814527188>
- Mayordomo, T., Meléndez, J. C., Viguer, P., & Sales, A. (2015). Coping strategies as predictors of well-being in youth adult. *Social Indicators Research*, 122(2), 479-489. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0689-4>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C.. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>
- Mayordomo, T., Viguer, P., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Resilience and coping as predictors of well-being in adults. *The Journal of Psychology*, 150(7), 809-

821.

- McAdams, D. P. & Bauer, J. J. (2004). Gratitude in modern life: Its manifestations and development. In R. A. Emmons & M. E. McCullough, M. E. (Eds.), *The psychology of gratitude* (pp. 81-99). Oxford University Press.
- McAdams, D. P., & Bauer, J. J. (2004). Gratitude in modern life: Its manifestations and development. In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Eds.). *The psychology of gratitude* (pp. 81-99). Oxford University Press.
- McCullough, M. E. (2013). The Gratitude Questionnaire (GQ-6). Measurement Instrument Database for the Social Science. <https://www.midss.ie>
- McCullough, M. E., Tsang, J. A., & Emmons, R. A. (2004). Gratitude in intermediate affective terrain: Links of grateful moods to individual differences and daily emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 295-309. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.295>
- McCullough, M., & Tsang, J. (2004). Parent of the virtues? The prosocial contours of gratitude. In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Eds.), *The psychology of gratitude* (pp. 123-141). Oxford University Press.
- McCullough, M., Emmons, R., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112-127. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.112>
- McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W., & Roberts, J. S. (2010). Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 216-226. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp101>
- Meléndez, J. C., Delhom, I., & Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: Relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003>
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015a). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology*

- and Geriatrics*, 60(2), 294-298. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.12.001>
- Meléndez, J. C., Fortuna, F., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015b) Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 240-247. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936968>
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, 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_sjop.2012.v15.n3.39399
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408-414.
- 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>
- Melici, B. (2016). *Ego integrity and resilience: The human experience across the life span delineated by erikson's eighth stage of psychosocial development* [Tesis de doctorado, Chicago School of Professional Psychology]. ProQuest One Academic.
- Mesa, M., Pérez, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 339-352.

- Millstein, R. A., Celano, C. M., Beale, E. E., Beach, S. R., Suarez, L., Belcher, A. M., Januzzi, J. L., & Huffman, J. C. (2016). The effects of optimism and gratitude on adherence, functioning and mental health following an acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry, 43*, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.006>
- Mîndrilă, D. (2010). Maximum Likelihood (ML) and Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal for Digital Society, 1*(1), 60-66. <https://doi.org/10.20533/ijds.2040.2570.2010.0010>
- Moalla, M., Feki, I., Sellami, R., Baati, I., Trigui, D., Ktata, A., & Masmoudi, J., (2017). Attachement, satisfaction de vie et stratégies de coping chez le sujet âgé, *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 175*(9), 770-775. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.03.018>.
- Moe, A., Hellzen, O., Ekker, K., & Enmarker, I. (2013). Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging & Mental Health, 17*(2), 189-196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.717257>
- Moore, S. L. (1997). A phenomenological study of meaning in life in suicidal older adults. *Archives of Psychiatric Nursing, 11*(1), 29-36.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health, 72*(8), 800-808. <https://doi.org/10.2105/ajph.72.8.800>
- Murillo, F. (1992). La economía azuaya. In L. Ponce Sevilla (Ed.), *Cuenca, Azuay, Ecuador Guía Turística Comercial* (pp. 199-207). Acrópolis Ediciones.
- Murphy, M., Lami, A., & Moret-Tatay, C. (2021). An Italian adaptation of the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and attitudes during the Covid-19 outbreak. *Frontiers in Psychology, 12*, 641213. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641213>
- Naaldenberg, J., Tobi, H., van den Esker, F., & Vaandrager, L. (2011). Psychometric properties of the OLQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community-dwelling older population. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*, 37. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-37>

- Nadler, J., Damis, L., & Richardson, E. (1997). Psychosocial aspects of aging. En P. Nussbaum (Ed.), *Handbook of neuropsychology of aging* (pp. 44-59). Springer.
- Naseh, L., & Heidari, M. (2015). Relationship between general self-efficacy and quality of life among elderly living in Chaharmahal Bakhtiari nursing homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, *10*(1), 62-71.
- Nazir, S., Ghayas, S., Andleb, G., Ishrat, S., & Haider, M. (2016). Construction and validation of ego integrity scale for older adults of Pakistan. *Bahria Journal of Professional Psychology*, *15*, 1-22. <http://oaji.net/articles/2017/6066-1522725867.pdf>
- Nehrke, M. F., Bellucci, G., & Gabriel, S. J. (1977). Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity. *Omega: Journal of Death and Dying*, *8*, 359-368. <https://doi.org/10.2190/7CK0-QFF8-HQJE-MHUP>
- Nehrke, M. F., Hulicka, I. M., & Morganti, J. B. (1980). Age differences in life satisfaction, locus of control, and self-concept. *The International Journal of Aging and Human Development*, *11*(1), 25-33. <https://doi.org/10.2190/YP02-5GK9-U9A6-ACD0>
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life: Empirical studies*. Atherton Press.
- Newton, N., Ottley, K., Williams, S., & Hill, T. (2021, in press). Women coming to terms with aging: The importance of psychosocial factors. *Journal of Women & Aging*. <https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1855049>
- Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A. R., & Borkoles, E. (2010). The mediating role of coping: A cross-sectional analysis of the relationship between coping self-efficacy and coping effectiveness among athletes. *International Journal of Stress Management*, *17*(3), 181-192. <https://doi.org/10.1037/a0020064>
- Notthoff, N., Reisch, P., & Gerstorf, D. (2017). Individual characteristics and physical activity in older adults: A systematic review. *Gerontology*, *63*(5), 443-459. <https://doi.org/10.1159/000475558>
- Nowlan, J. S., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2015). Positive reappraisal in older adults: A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, *19*, 475-484. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.954528>

- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
- O'Connell, B. H., O'Shea, D., & Gallagher, S. (2017). Feeling thanks and saying thanks: A randomized controlled trial examining if and how socially oriented gratitude journals work. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1280-1300. <https://doi.org/10.1002/jclp.22469>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Oviedo, H., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Park, K. H., & Hah, Y. S. (2007). Depression, self-efficacy, life satisfaction and coping behaviors of university students. *Korean Journal of Stress Research*, 15(1), 17-25.
- Pavón, M. (2015). Autoeficacia percibida. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 103-120.
- Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International*, 29(2), 113-135.
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). The Satisfaction with Life Scale (SWLS). Measurement Instrument. Database for the Social Science. <https://midss.ie>
- Peña, E., Lima, S., Bueno-Pacheco, G., Aguilar, M., Keyes, C., & Arias, W. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>
- Pereira, M. G., Ramos, C., Lobarinhas, A., Machado, J. C., & Pedras, S. (2018). Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping

- and acceptance. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(4), 414–421.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12444>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275, 214-228. <https://doi.org/10.1111/joim.12190>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Piergiovanni, L., & Depaula, P. (2018). Autoeficacia y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 17-23.
<https://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1591>
- Ponce Sevilla, L. (1992). *Cuenca, Azuay, Ecuador Guía Turístico Comercial*. Acrópolis Ediciones.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. L. (2000). Satisfaction with life scale: analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68. <https://doi.org/10.2466/pms.2000.91.1.62>
- Poordad, S., Momeni, K., & Karami, J. (2019). Death anxiety and its relationship with social support and gratitude in the elderly. *Iranian Journal of Ageing* 4(1), 26-39.
<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.320>
- Poppius E, Virkkunen H, Hakama M, Tenkanen L. (2006). The sense of coherence and incidence of cancer--role of follow-up time and age at baseline. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 205-211.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.017>
- Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., Kalimo, R., & Pitkänen, T. (2003). The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European*

- Journal of Epidemiology*, 18(5), 389-393. <https://doi.org/10.1023/A:1024213427147>
- Prefectura Provincial del Azuay, & Universidad del Azuay. (2007). *Atlas de la Provincia del Azuay*. Universidad del Azuay.
- Preś, J. E., Kurpisz, J., Pełka-Wysiecka, J., Adamowicz, K., Suchecka-Fidura, D., Ilnicka, M., Mak, M., & Samochowiec, J. (2020). What regulates gratitude response of women and men? The role of the received good, psychosocial factors, and repayment. *Psychological Reports*, 123(2), 395-419. <https://doi.org/10.1177/0033294118811620>
- Qin, W., Xu, L., Sun, L., Li, J., Ding, G., Wang, Q., Zhang, J., & Shao, H. (2020). Association between frailty and life satisfaction among older people in Shandong, China: The differences in age and general self-efficacy. *Psychogeriatrics*, 20(2), 172-179. <https://doi.org/10.1111/psyg.12482>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: 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, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18, 463-470. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856858>
- Ramírez, M., & Lee, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis. Revista Latinoamericana*, 11(33), 1-15.
- Ramos Esquivel, J., Meza, A., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P., & Hernández Paz, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Ramos, A. (2017). *Mapa del Ecuador*. Retrieved February 17, 2020, from Mapamundi online website: <https://mapamundi.online/america/del-sur/ecuador/>
- Ramos, A., Yordi, C. M., & Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: Importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Ramsal, C. (1980). *Guía turística del Azuay y Cañar*. Ramal S.A.

- Reisberg, B., Ferris, S. H., & Franssen, E. (1985). An ordinal functional assessment tool for Alzheimer's-type dementia. *Hospital & Community Psychiatry, 36*(6), 593-595. <https://doi.org/10.1176/ps.36.6.593>
- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1997). Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective. *Aging & Mental Health, 1*(3), 221-229. <https://dx.doi.org/10.1080/13607869757100>
- Requena, C., López, V., & Ortiz, T. (2009). Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. *Actas Españolas de Psiquiatria, 37*(2), 61-67.
- Resnick, B. (2014). Resilience in older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 30*, 155-163. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000024>
- Rickwood, D., & Rylands, K. J. (2000). Predicting depression in a sample of older women living in a retirement village. *Australasian Journal on Ageing, 19*, 40-42. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2000.tb00137.x>
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema, 5*(1), 83-89.
- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ, 343*, d5219. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>
- Ros, L., Latorre, J. M., Aguilar, M. J., Serrano, J. P., Navarro, B., & Ricarte, J. J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in older populations with and without cognitive impairment. *International Journal of Aging & Human Development, 72*(2), 83-110. <https://doi.org/10.2190/AG.72.2.a>
- Rosa-Rojas, G. D., Chang-Grozo, S., Delgado-Flores, L., Oliveros-Lijap, L., Murillo-Pérez, D., Ortiz-Lozada, R., Vela-Ulloa, G., & Carreazo, N. Y. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de Medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Medica De Mexico, 151*, 443-449.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*, 813-819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
-

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- 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, 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rubio, L., Dumitrache, C., García A., & Cerdón-Pozo, E. (2018) Coping strategies in Spanish older adults: A MIMIC model of sociodemographic characteristics and activity level. *Aging & Mental Health*, 22(2), 226-232. <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1247416>
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.3.328>
- Ryff C. D., & Heincke S. G. (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 807-816. doi:10.1037/0022-3514.44.4.807
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middleaged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.2.195>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (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>
- Saint Onge, J. M., Krueger, P. M., & Rogers, R. G. (2014). The relationship between major depression and nonsuicide mortality for U.S. adults: The importance of health

- behaviors. *Journals of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 622-632. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu009>
- Salcedo-Muñoz, V., Nuñez-Guale, L., Valencia-Medranda, J., & Señalín-Morales, L. (2019). Seguridad social y sistema de pensiones en Ecuador: Logros y desafíos. *Revista de Ciencias Sociales*, 25(1), 321–329.
- Salces-Cubero, I. M., Ramírez-Fernández, E., & Ortega-Martínez, A. R. (2019). Strengths in older adults: Differential effect of savoring, gratitude and optimism on well-being. *Aging & Mental Health*, 23(8), 1017-1024. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471585>
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Sancho, M. (2015). *Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad*. International Longevity Centre Brazil.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Santos, M., da Silva, M., Cavalcanti, T., & dos Santos, M. (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 869-877.
- Sardu, C., Mereu, A., Sotgiu, A., Andrissi, L., Jacobson, M. K., & Contu, P. (2012). Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of Soc Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8, 1-6. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010001>
- Sarid, O., Slonim-Nevo, V., Pereg, A., Friger, M., Sergienko, R., Schwartz, D., Greenberg, D., Shahar, I., Chernin, E., Vardi, H., Eidelman, L., Segal, A., Ben-Yakov, G., Gaspar, N., Munteanu, D., Rozental, A., Mushkalo, A., Dizengof, V., Abu-Freha, N., Fich, A., ... Israeli IBD Research Nucleus (IIRN) (2017). Coping strategies, satisfaction with life, and quality of life in Crohn's disease: A gender perspective using structural equation

- modeling analysis. *PloS One*, 12(2), e0172779.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172779>
- Satorres, E., (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Valencia.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625-633.
<https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Schlitz M. (2017). The Grateful Aging Program: A naturalistic model of transformation and healing into the second half of life. *The Permanente Journal*, 21, 16-082.
<https://doi.org/10.7812/TPP/16-082>
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Nfer-Nelson
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-Efficacy Scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01096.x
- Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida (2018). *Intervención Emblemática Misión mis mejores años*. Autoedición. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAn%CC%83os_L5.pdf
- Seeman, T. (2000). *Successful aging: Fact or fiction?* UCLA Center on Aging Event, Fall Community Meeting.
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57(1), 3-18.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The*

- American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Sharif, S. P., & Khanekharab, J. (2017). External locus of control and quality of life among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of coping strategies. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(6), 706-725. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1308984>
- Sheehan, T. J., Fifeield, J., Reisine, S., & Tennen, H. (1995). The measurement structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 507-521. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6403_9
- Sherman, E. (1994). The structure of well-being in the life narratives of the elderly. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 149-158. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(05\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(05)80003-9)
- Sijtsma K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547. <https://doi.org/10.1177/0164027502245003>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Singh, A., Shukla, A., & Singh, P. (2010). Perceived self-efficacy and mental health among elderly. *Delhi Psychiatry Journal*, 13, 314-321. <http://medind.nic.in/daa/t10/i2/daat10i2p314.pdf>
- Skalski, S., & Pochwatko, G. (2020). Gratitude is female. Biological sex, socio-cultural gender versus gratitude and positive orientation. *Current Issues in Personality Psychology*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.93624>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

- (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care and Research*, 63(11). 454-466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Predictors of well-being in a representative sample of Czech population. *Ceskoslovenska Psychologie*, 49(1), 1-8.
- Šolcová, I., Děchtěrenko, F., Poláčková, I., Hofer, J., Busch, H., & Au, A. (2020, in press) Cross-cultural examination of university education and ego integrity in late adulthood: Implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social Policy*. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1722897>
- Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G., & Agulló, M. J. (2005). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. *Emociona't. Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 1-13.
- Starfield, B. (2002). Equity and health: A perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12(6). 384-387.
- Stepanova, O. P., Bazhenova, N. G., Tokar, O. V., Shpakovskaya, E. Y., & Sharygina, E. S. (2016). Influence of value-motivational sphere on life satisfaction of the aged. *Sotsiologicheskie Issledovaniya*, 11, 72-81.
- Streb, M., Häller, P., & Michael, T. (2014). PTSD in Paramedics: Resilience and Sense of Coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 452-463. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000337>
- Su, H., Cao, J., Zhou, Y., Wang, L., & Xing, L. (2018). The mediating effect of coping style on personality and mental health among elderly Chinese empty-nester: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.01.004>
- Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., Usuda, K., & Kono, K. (2007). Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, 297. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-297>

- Suraj S., & Singh A. (2011). Study of sense of coherence health promoting behavior in North Indian students. *The Indian Journal of Medical Research*, 134(5), 645-652. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.90989>
- Swift, H. J., Abrams, D., & Marques, S. (2013). Threat or boost? Social comparison affects older people's performance differently depending on task domain. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 23-30. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs044>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- Szcześniak, M., Kroplewski, Z., & Szałachowski, R. (2020). The mediating effect of coping strategies on Religious/Spiritual struggles and life satisfaction. *Religions*, 11(4), 195. <http://dx.doi.org/10.3390/rel11040195>
- Tapia, C., Iturra, V., Valdivia, Y., Varela, H., Jorquera, M., & Carmona, A. (2017). Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. *Ciencia y Enfermería*, 23(3), 35-45. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000300035>
- Teixeira, M. (2010). *Estrés, Coping y Autoeficacia en profesores de Madeira* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Cádiz.
- Terán, F. (2012). *Geografía del Ecuador*. Libresa.
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2017). Toward a more comprehensive concept of successful aging: Disability and care needs. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 310-318. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw162>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Toledano, A. (2016). *Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividad en relación con la Autoeficacia y Bienestar* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Málaga.
-

- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P., & Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment, 28*(4), 283–289. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000108>
- Tomás, J. M., Sancho, P., & Meléndez, J. C. (2013). Validación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Behavioral Psychology, 21*(1), 103-122.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health, 16*(3), 317-326. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>
- Torges, C. M., Stewart, A. J., & Duncan, L. E. (2009). Appreciating life's complexities: Assessing narrative ego integrity in late midlife. *Journal of Research in Personality, 43*(1), 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.003>
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies, 11*(2), 143-154. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(97\)90018-9](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(97)90018-9)
- Tornstam, L. (1999). Transcendence in later life. *Generations, 23*(4), 10-14.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology, 43*(2), 166-180.
- Tortosa-Martínez, J., Caus-Pertegaz, N., & Martínez-Román, M. (2014). Vida Triste y Buen Vivir según personas adultas mayores en Otavalo, Ecuador. *Convergencia, 21*(65), 147-169.
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. IMSERSO, Estudios I+D+I, no 19.
- Troutman, M., Staples, J. (2014). Successful Aging from the viewpoint of older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal, 28*(1), 87-104. <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.28.1.87>
- United Nations (2019). *World Population Prospects 2019*. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

- Unützer, J., & Park, M. (2012). Older adults with severe, treatment-resistant depression. *JAMA*, 308(9), 909-918. <https://doi.org/10.1001/2012.jama.10690>
- Üzar-Özçetin, Y. S., & Ercan-Şahin, N. (2020). Descriptive phenomenological study on ego-integrity among older people in nursing homes. *Nursing & Health Sciences*, 22, 472-479. <https://doi.org/10.1111/nhs.12715>
- van der Kaap-Deeder J, Soenens B, Van Petegem S, Neyrinck B, De Pauw S, Raemdonck E, Vansteenkiste M (2020) Live well and die with inner peace: the importance of retrospective need-based experiences, ego integrity and despair for late adults' death attitudes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91, 104184. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104184>
- van der Kaap-Deeder, J., Vermote, B., Waterschoot, J., Soenens, B., Morbée, S., & Vansteenkiste, M. (2021). The role of ego integrity and despair in older adults' well-being during the COVID-19 crisis: the mediating role of need-based experiences. *European Journal of Ageing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00610-0>
- Villafuerte, J., Yenny, A., Yisel, A., Yuleydi, A., Isis, L., & Yoleisy, A. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85-92.
- Villalobos Galvis, F. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 110-116.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J., & Lozano, L. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128(13), 486-492. <https://doi.org/10.1157/13100935>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Waltz, M., & Bandura, B. (1988). Subjective health, intimacy and perceived self-efficacy after heart attack: Predicting life quality five years afterward. *Social Indicators Research*, 20,

- 303-332. <https://doi.org/10.1007/BF00302401>
- Wang, W., Wu, Q., Yang, X., He, X., & An, X. (2017). Migrant elders in Hainan, China, report better health and lower depression than local-born elderly residents. *Annals of Human Biology*, *44*(7), 622-627. <https://doi.org/10.1080/03014460.2017.1377289>
- Webster, J. D. (2010). Wisdom and positive psychosocial values in young adulthood. *Journal of Adult Development* *17*, 70-80. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9081-z>
- Webster, J. D., & Deng, X. C. (2015). Paths from trauma to intrapersonal strength: Worldview, posttraumatic growth, and wisdom. *Journal of Loss and Trauma*, *20*(3), 253-266. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.932207>
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & McAdams, D. P. (2017). The relation of ego integrity and despair to personality traits and mental health. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *72*, 400-407. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv062>
- Westerhof, G. J., McAdams, D. P., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Ego-integrity in the second half of life. *The Gerontologist*, *51*(Suppl. 2), 22-22. <https://doi.org/10.1093/geront/gns068>
- Wiesmann, U., & Hannich, H. J. (2011). A salutogenic analysis of developmental tasks and ego integrity vs. despair. *The International Journal of Aging and Human Development*, *73*, 351-369. <https://doi.org/10.2190/ag.73.4.e>
- Wiesmann, U., Hannich, H. (2013). The contribution of resistance resources and sense of coherence to life satisfaction in older age. *Journal of Happiness Studies*. *14*, 911-928. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9361-3>
- Wiesmann, U., Niehörster, G., & Hannich, H. J. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *British Journal of Health Psychology*, *14*, 767-787. <https://doi.org/10.1348/135910709X413124>
- Wood, A., Froh, J., & Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, *30*, 890-905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
- Woods, N., Witte, K.L. (1981). Life satisfaction, fear of death, and ego identity in elderly adults.

- Bulletin of the Psychonomic Society*, 18, 165-168. <https://doi.org/10.3758/BF03333593>
- World Health Organization (1946). *Preamble to the Constitution of WHO*. World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization (2019). *Ecuador*. World Health Organization <https://www.who.int/countries/ecu/>
- World Health Organization (2020). *Ageing: Ageism*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/ageing-ageism>
- Xu, L., Liu, R. D., Ding, Y., Mou, X., Wang, J., & Liu, Y. (2017). The mediation effect of coping style on the relations between personality and life satisfaction in Chinese adolescents. *Frontiers in Psychology*, 8, 1076. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01076>
- Yates, L. A., Ziser, S., Spector, A., & Orrell, M. (2016). Cognitive leisure activities and future risk of cognitive impairment and dementia: Systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1791-1806. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001137>
- Yüksel, A., & Oğuz Duran, N. (2012). Turkish adaptation of the Gratitude Questionnaire. *Eğitim Araştırmaları-Eurasian Journal of Educational Research*, 46, 199-216
- Zhang, B., Fokkema, M., Cuijpers, P., Li, J., Smits, N., & Beekman, A. (2011). Measurement invariance of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) among Chinese and Dutch elderly. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 74. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-74>
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J. & Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>

- Zhou, M. (2016). A revisit of general self-efficacy scale: Uni-or multi-dimensional? *Current Psychology*, 35(3), 427-436. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9311-4>
- 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., & CLESA Working Group (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>