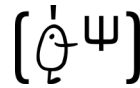




VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



Facultat de
Psicologia i logopèdia

**Programa de Doctorado: Promoción de la Autonomía y Atención
Sociosanitaria a la Dependencia**

TESIS DOCTORAL

**“Satisfacción con la vida y religiosidad en adultos
mayores en República Dominicana”**

Presentado por:

D. Ruth Elizabeth Tejada de Castillo

Dirigido por:

Dr. José Manuel Tomás Miguel

Dra. Consuelo Cerviño Vázquez

VALENCIA, ESPAÑA

Febrero, 2023

Dedicatorias

A mi amado esposo Ramón Elías, sostén silencioso y prudente en este trayecto de formación. Respetando mis decisiones: Mis logros son tuyos.

A mis hijos, Elián, Isis y Elías, animadores y colaboradores permanentes. Mis motores inspiradores. Su fortaleza en mis momentos de debilidad, marcaron la diferencia.

Los límites, los establecemos nosotros.

A mis hijos de la vida Giny, César y Franchesca, que hacen de esta familia un conglomerado de diversidad y respeto. Mi corazón los recibió como hijos, cuando mis hijos

los escogieron como sus compañeros.

“Si crees totalmente en ti mismo, no habrá nada que esté fuera de tus posibilidades.”

Wayne W. Dyer.

Agradecimientos

A mis directores: mi inmensa gratitud a José Manuel Tomás, por su seguimiento constante, por sus instrucciones claras y por confiar en los resultados finales. Gracias a usted la calidad de este trabajo quedó garantizada. Consecuentemente agradecimientos al Ministerio de Ciencia e Innovación, Agencia Estatal de Investigación y Fondos FEDER de la UE, por apoyar el proyecto de investigación “SAETA”, PID2021-124418OB-I00, del que el Prof. Tomás es IP2 y en el marco del cual se alinean los objetivos de esta tesis.

A Consuelo Cerviño, por orientarme, revisar, darme el seguimiento necesario. Por estar para mí cuando la necesité. y sobre todo por esa amistad que me brinda desde siempre. Contar con usted, me llena de una gratitud indescriptible.

A la Dra. Amparo Oliver, mi gratitud hacia usted es inmensa, gracias por estar cada vez que la necesité, por sus orientaciones, por estar pendiente de mi proceso, por darme el ánimo necesario, por ayudarme a encontrar soluciones viables y sobre todo por la gentileza y profesionalismo que la adornan. Más que a una directora, encontré en usted una amiga, gracias.

Gracias a todos los envejecientes que tan amablemente y voluntariamente participaron en este estudio. De manera especial a los ateos, que hicieron las veces de multiplicadores, para poder contactar los que se autodefinen como tal.

Gracias a la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, por su apoyo. Al Centro de Desarrollo Profesorado y mis directores Diego, Alina y Juan, por facilitarme el proceso.

Gracias a todos aquellos, compañeros de trabajo, amigos, familiares, que han respaldado mi esfuerzo, y me han apoyado. Gracias.

“Cuando la gratitud es tan absoluta, las palabras sobran” Álvaro Mutis

Índice

Capítulo I. Introducción	1
1.1. Contextualización de la Investigación	3
1.2. Situación y Problemas Actuales del Envejecimiento	4
1.3. Relevancia de la Investigación	5
1.4. Objetivos de Investigación	6
1.4.1. Objetivos Generales	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
Capítulo 2. Fundamentación Teórica	7
2.1. Marco de estudio del envejecimiento	9
2.1.1. Definición	12
2.1.2. Definición contextual.....	13
2.2. Tipos de envejecimientos	14
2.2.1. Envejecimiento normal, patológico, exitoso	16
2.3. Teorías del Envejecimiento	24
2.3.1. Teorías Sociológicas	24
2.3.2. Perspectiva Psicológica	31
2.3.3. <i>Teorías Biológica</i>	34
2.4. Religiosidad	37
2.4.1. Religión (tipos, frecuencia)	39
2.4.2. Religiosidad (Fe, Práctica Religiosa)	41

2.4.3. Prácticas que Promueven la Salud	43
2.4.4. La Religiosidad y el Adulto Mayor	48
2.5. Satisfacción con la Vida y Bienestar	50
2.5.1. Satisfacción con la Vida	50
2.6. Bienestar Psicológico.....	53
2.6.1. Afecto Positivo	57
2.6.2. Afecto Negativo.....	58
2.6.3. Aspectos Asociados a la Satisfacción con la Vida y el Bienestar ...	58
2.6.4. Apoyo Social (Redes).....	64
2.7. Resiliencia.....	69
Capítulo III. Método.....	73
3.1. Participantes y Procedimientos.....	75
3.2. Descripción De la Muestra	75
3.3. Instrumentos	79
3.3.1. Escala de Satisfacción con la vida	79
3.3.2. Escala de Soledad	79
3.3.3. Escala de Salud	79
3.3.4. Escala de Depresión.....	80
3.3.6. Medida de Resiliencia.....	80
3.3.7. Escala de Espiritualidad.....	80
3.3.8. Escala de Esperanza.....	80
3.3.9. Escala de Autoeficacia.....	81
3.4. Análisis Estadísticos	81

Capítulo IV. Resultados	83
4.1. Relación entre el tipo de religión y las variables de investigación	85
4.2. Relación entre tiempo miembro de la iglesia y las variables	90
4.3. Relación entre función que desempeña en la Iglesia y las variables	95
4.4. Relación entre la Edad y las Variables de Investigación.....	100
4.5. Relación entre espiritualidad y el resto de las variables	105
4.6 Relación entre el género y las variables de investigación	109
4.7. Modelos de predicción.....	110
4.7.1. Regresiones y selección de predictores para el modelo.....	110
4.7.2. Modelos	111
Capítulo V. Discusión y Conclusiones	115
5.1. Discusión	117
5.1.1. Relaciones entre variables sociodemográficas con la satisfacción .	119
5.1.2. Relación entre satisfacción con la vida y religiosidad	126
5.1.3. Relaciones entre la soledad y depresión con la religiosidad	124
5.1.4. Relación entre la salud y religiosidad en adultos mayores.	125
5.1.5. Relación entre la resiliencia y la religiosidad en adultos mayores.	125
5.1.6. Relación entre la espiritualidad y religiosidad en adultos mayores.	126
5.1.7. Relación entre la esperanza y la religiosidad y espiritualidad	127
5.1.8. Relación entre la autoeficacia y religiosidad en adultos mayores.	128
5.1.9. Resultados de los Modelos de Mediación entre variables	128
5.2. Conclusiones.....	129
5.3. Limitaciones del Estudio	130
Capítulo VI. Referencias Bibliográficas	133

Anexos..... 173

Lista de Figuras

Figura 1. Tipos de envejecimiento..... 16

Figura 2. Envejecimiento exitoso 19

Figura 3.. Pilares del envejecimiento activo (OMS, 2002; ILC-Brazil, 2015)... 21

Figura 4. Determinantes del envejecimiento activo (Modelo OMS (2002) 22

Figura 5. Clasificación de las teorías sociológicas sobre el envejecimiento 25

Figura 6. Teorías de tercera generación..... 30

Figura 7. Teorías biológicas del envejecimiento (Alencastro - Ponce, 2020). ... 35

Figura 8. Tipos de religiones 40

Figura 9.. Estudios sobre factores que intervienen en la satisfacción de vida... 51

Figura 10.. Características de la red social 65

Figura 11. Tipos de Apoyo 66

Figura 12. Frecuencia asistencia al lugar de culto 77

Figura 13. Frecuencia de orar a solas 78

Figura 14. Frecuencia de recurrir a la religión en busca de ayuda 78

Figura 15. Medias de Satisfacción con la vida grupos de distinta religión 86

Figura 16. Medias de soledad entre grupos de distinta religión 86

Figura 17. Medias de salud entre grupos de distinta religión 87

Figura 18. Medias de depresión entre grupos de distinta religión 87

Figura 19. Medias de resiliencia entre grupos de distinta religión 88

Figura 20. Medias de espiritualidad entre grupos de distinta religión..... 88

Figura 21. Medias de esperanza entre grupos de distinta religión..... 89

Figura 22. Medias de autoeficacia entre grupos de distinta religión 89

Figura 23. Medias de satisfacción entre grupos de distintas edades..... 91

Figura 24. Medias de soledad entre gruposde distintas edades 91

Figura 25. Medias de salud entre grupos de distintas edades 92

Figura 26. Medias de depresión entre grupos de distintas edades	92
Figura 27. Medias de resiliencia entre grupos de distintas edades	93
Figura 28. Medias de espiritualidad de distintas edades.....	93
Figura 29. Medias de esperanza entre grupos de distintas edades.....	94
Figura 30. Medias de autoeficacia entre grupos desde distintas edades.....	94
Figura 31. Medias de satisfacción grupos distintas funciones en su Iglesia.....	96
Figura 32. Medias de soledad grupos de distintas funciones en su Iglesia.....	96
Figura 33. Medias de salud grupos de distintas funciones en su Iglesia	97
Figura 34. Medias de depresión grupos de distintas funciones en su Iglesia ...	97
Figura 35. Medias de resiliencia grupos de distintas funciones en su Iglesia ..	98
Figura 36. Medias de espiritualidad grupos de distintas funciones en Iglesia.....	98
Figura 37. Medias de esperanza grupos de distintas funciones en Iglesia.....	99
Figura 38. Medias de autoeficacia grupos de distintas funciones en su Iglesia	99
Figura 39. Relación entre Edad y Satisfacción con la vida.	101
<i>Figura 40. Relación entre edad y soledad</i>	<i>101</i>
Figura 41. Relación entre edad y salud.....	102
Figura 42.. Relación entre edad y depresión.....	102
Figura 43. Relación entre edad y resiliencia.....	103
Figura 44. Relación entre edad y espiritualidad	103
Figura 45. Relación entre edad y esperanza	104
Figura 46. Relación entre edad y autoeficacia.....	104
Figura 47. Relación entre Espiritualidad y Satisfacción con la vida	105
Figura 48. Relación entre Espiritualidad y Soledad	106
Figura 49. Relación entre Espiritualidad y Salud	106
Figura 50. Relación entre Espiritualidad y Depresión.....	107
Figura 51. Relación entre Espiritualidad y Resiliencia	107
Figura 52. Relación entre Espiritualidad y Esperanza.....	108
Figura 53. Relación entre Espiritualidad y Autoeficacia.....	108
Figura 54. Comparación de medias entre hombres y mujeres variables	110
Figura 55. Modelo mediación total.....	113

Figura 56. Parámetros para el modelo de mediación parcial, 114

Lista de Tablas

Tabla 1. Teorías de la segunda generación 28

Tabla 2. Modelo de Bienestar Psicológico 55

Tabla 3. Categorías de atributos que caracterizan la personalidad Resiliente. 72

Tabla 4. Descriptivos de la muestra..... 75

Tabla 5. Descriptivos de la muestra..... 76

Tabla 6. Descriptivos de las características relacionadas con la religión 76

Tabla 7. Comparación de medias entre los grupos de religión y las variables .. 85

Tabla 8. Comparación de medias tiempo pertenece a la Iglesia y Variables..... 90

Tabla 9. Comparación de medias grupos de religión y las variables..... 95

Tabla 10. Correlaciones entre la edad y las variables de investigación..... 100

Tabla 11. Comparación de medias entre género y las variables..... 109

Tabla 12. Coeficientes estandarizados de las regresiones 110

Tabla 13. Correlaciones de las variables incluidas en el modelo 111

Tabla 14. Índices de ajuste de los modelos probados 112

Capítulo I. Introducción

En este capítulo el propósito principal es presentar la información reunida sobre el tema estudiado encuadrando teóricamente lo encontrado en el contexto. Conceptualizan do la situación actual del envejecimiento desde lo general a lo particular, presentando la relevancia de la investigación.

1.1.Contextualización de la Investigación

En este estudio se emplea el concepto de religión tomado del Diccionario de la Historia de la Iglesia recopilado por Nelson (1989) que define el término religión como conjunto de creencias, actitudes, devociones, ritos y prácticas desarrollado por los pueblos y que han llegado a formar parte de la compleja totalidad histórica de la humanidad.

La República Dominicana es considerada un país mayormente religioso. La Constitución del año 2010 señala en el Artículo 45 Libertad de conciencia y de cultos, indicando que “El Estado garantiza la libertad de conciencia y de cultos, con sujeción al orden público y respeto a las buenas costumbres”. Pero la igualdad de trato estatal a las distintas denominaciones religiosas no está constitucionalmente establecida. Sin embargo, a través del Concordato firmado en el año 1943 por la República Dominicana y la Santa Sede, se designa el catolicismo como la religión oficial, extendiéndole privilegios especiales a la Iglesia Católica que no se les concede a otros grupos religiosos. Uno de ellos es el contemplado en el Artículo VII “el Gobierno asegura a la Arquidiócesis de Santo Domingo y a cada Diócesis o Prelatura nullius actualmente existentes o que se erijan en el futuro una subvención mensual para los gastos de administración y para las iglesias pobres”.

Los grupos religiosos no católicos deben inscribirse como organizaciones no gubernamentales en el Ministerio de Hacienda y en la Dirección General de Aduanas. No hay informes de acciones sociales significativas que afectaran la libertad religiosa (Informe De Libertad Religiosa, República Dominicana, 2017).

Los grupos religiosos no católicos continúan indicando que la Iglesia Católica disfruta de ventajas que ellos, como organizaciones no gubernamentales, no pueden disfrutar (Informe Internacional Sobre Libertad Religiosa, 2015, p. 2).

Según un estudio realizado por Pew Research Center (2014), presentado en el Informe de Libertad religiosa citado, las congregaciones evangélicas han alcanzado un notable crecimiento en República Dominicana, situándose en un 23%, lo que representa a 2.3 millones de afiliados, incluyendo las Asambleas de Dios, la Iglesia de Dios, y las iglesias bautistas, pentecostales y menonitas. Mientras que el 75% de los dominicanos dijo haber sido criado o bautizado católico, sin embargo, solo el 57% afirmó ser católico, presentando un descenso de 18 puntos. Este promedio está por debajo del reportado en América Latina, que se ubicó en un 69%. En República Dominicana, un 18 por ciento no tiene afiliación religiosa alguna. Los Adventistas del Séptimo Día, los Testigos de Jehová y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones) cuentan con pequeñas comunidades en el país. Hay un número pequeño de budistas e hindúes. La mayoría de los inmigrantes haitianos son católicos. Un número no determinado practica el vudú u otras manifestaciones afro-caribeñas, tales como la santería.

1.2. Situación y Problemas Actuales del Envejecimiento

En la República Dominicana no se cuenta con estadísticas censales recientes, el último censo se efectuó en el año 2010. La Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) en su más reciente Boletín Demográfico y Social 2020, plantea que la dinámica poblacional del país ha provocado un cambio en la estructura de la población, la reducción substancial en el ritmo de crecimiento conlleva un envejecimiento creciente de esa población. El avance de este envejecimiento de la estructura poblacional implica un incremento de la población mayor de 60 años, la cual pasa de representar un 4.4% en el 1950, a suponer un 8.6% en el año 2010. En el año 2025 (es decir, en el corto plazo) llegará a representar un 12% del total. En ese orden, el 12.3% de la población mundial es mayor de 60 años, se estima que para el 2050 sean casi el doble (21.5%) (UNFPA, 2016, p. 1). “En el largo plazo, en el año 2100, un tercio de los habitantes del país serán mayores de 60 años” (ONE, 2020, p. 1).

La población de más de 60 años es de 986,428 personas, representando el 9.7% de la población dominicana (UNFPA, 2020). La situación actual de los envejecientes (mayores de 60 años) se caracteriza por:

1. La población económicamente activa es de 21.1% y la ocupada de 13.6%, frente al 51% y 46% de la población general.
2. El 14% recibe una pensión (18% de los hombres y 8% de las mujeres).
3. El 52% de envejecientes no trabaja ni recibe pensión (UNFPA, 2020).
4. Residen en las zonas urbanas más mujeres (53% vs. 46%), mientras que en las zonas rurales más hombres (54% vs. 45%).

1.3. Relevancia de la Investigación

En la República Dominicana las personas se sienten envejecientes a temprana edad, a partir de los 60 años (CONADIS, 2010), y según ley No. 352-98 se considera persona envejeciente a toda persona mayor de 65 años, o de menos, que, debido al proceso de envejecimiento, experimente cambios progresivos desde el punto de vista psicológico, biológico, social y material, es decir, tenga algún tipo de dependencia, no pueda valerse por sí mismo.

Los envejecientes enfrentan muchas dificultades sociales, económicas, de seguridad, de salud, alimenticia, de violencia, de carga familiar, entre otras. En muchos casos, esas situaciones, las enfermedades y la viudedad, les hace recurrir a la religiosidad para encontrar consuelo divino. Pero también pueden constituirse en aceleradores o ralentizadores de la dependencia.

Es en este espacio en donde estudiar en los envejecientes la satisfacción con la vida y su relación con la religiosidad despierta interés, ya que se puede observar que muchos de los envejecientes se refugian en la religión a la que pertenecen, donde encuentran consuelo y resignación. Aunque esto puede no siempre significar satisfacción con la vida.

1.4. Objetivos de Investigación

1.4.1. Objetivos Generales

- a) Relacionar la religiosidad y la satisfacción con la vida en adultos mayores.
- b) Evaluar potenciales factores que influyen en la satisfacción con la vida en adultos mayores, tales como la soledad, la salud, la depresión, la resiliencia, la espiritualidad, la esperanza y la autoeficacia

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Analizar la relación entre satisfacción con la vida y religiosidad en adultos mayores.
2. Analizar la relación entre variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios, estado civil y situación laboral) con la satisfacción con la vida.
3. Analizar la relación entre la soledad y depresión con la religiosidad en adultos mayores.
4. Analizar la relación entre la salud y la religiosidad en adultos mayores.
5. Analizar la relación entre la resiliencia y la religiosidad en adultos mayores.
6. Analizar la relación entre la espiritualidad y la religiosidad en adultos mayores.
7. Analizar las relaciones entre la esperanza, espiritualidad y la religiosidad en adultos mayores.
8. Analizar la relación entre la autoeficacia y religiosidad en adultos mayores.

Capítulo 2. Fundamentación Teórica

En este capítulo se presentan las distintas teorías, que abordan las variables de investigación, trabajadas a partir de los aportes de distintos autores.

2.1. Marco de estudio del envejecimiento

En este apartado se profundiza en el proceso de envejecimiento. El mismo es visto desde un proceso universal, progresivo e irreversible en el cual intervienen una serie de elementos y factores que van desde los aspectos externos (sociedad, cultura) hasta los elementos más internos (biológico, psíquicos) todos estos elementos se encuentran interconectados entre sí Satorres et al. (2018).

El sujeto va experimentando una serie transformaciones tales como los cambios psicológicos, sociales, corporales o existenciales que va generando cambios importantes en la forma del sujeto de observarse y mantener su identidad. Estos cambios van originando una serie de ideas, autopercepciones, inseguridades y formas diferentes de afrontamiento que van llevando al sujeto a crear formas distintas de adaptación o lo empujan hacer readecuaciones en los proyectos personales de vida.

Los cambios durante el envejecimiento se producen en todas las dimensiones; como lo plantean Satorres et al. (2018). En el orden psicológico, se manifiesta con la pérdida progresiva e incluso irreversible de algunos procesos psíquicos como lo es la memoria, dificultades para desarrollar estrategias adaptativas ante cambios sobre los que existe poco control e incluso una percepción más negativa de uno mismo y de su capacidad para influir en contextos cercanos. En el nivel social, hay pérdida de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, puede existir dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad. Pero la forma de enfrentar esos cambios puede variar de una persona a otra. En este apartado trataremos de conceptualizar y explicar las teorías que respaldan las variables de investigación, partiendo del envejecimiento y los demás aspectos que involucran la religiosidad y la satisfacción con la vida.

Ante todo lo expuesto, es importante señalar que durante décadas se ha intentado indagar en las distintas variables que sirven para predecir cambios en el desarrollo, que existen momentos en la vida en la que se producen cambios estructurales, que viene siendo punto de referencia en el curso vital que toma una nueva dirección. Estas situaciones conllevan la necesidad de adaptación en la estructuración de conductas, esos puntos decisivos o regiones límites entre dos periodos de relativa estabilidad es lo que denominamos transición, pero cuando una transición es difícil de superar y afrontar como oportunidad de desarrollo, se convierte en una crisis. Esta dificultad se deriva de la gravedad del suceso que lo originó, y la falta de recursos de afrontamiento, en resumen, los sucesos, transiciones y crisis están íntimamente relacionados entre sí (Meléndez et al. 2015).

El proceso del estudio del envejecimiento tiene su propia historia y ésta va desde un período en donde envejecer solo se veía como una etapa de pérdida o patológica hasta una visión más positiva. Durante los últimos años, la población mundial ha cambiado y se ha transformado y uno de los cambios más relevantes a mencionar es el envejecimiento de la misma. Según datos del informe *Perspectivas de la Población Mundial 2019*, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en el año del informe (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. Para el año 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (Naciones Unidas, 2019).

Para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores es de suma importancia la percepción, porque es considerada como primer proceso cognoscitivo, a través del cual las personas captan información del entorno; que permiten al individuo formar una representación de la realidad. Las percepciones, acciones y reacciones de los seres humanos determinan las interacciones y respuestas que éstos puedan tener ante los actos de otras personas (Gómez y Toro, 2020).

Otro elemento que influye en este proceso es el modelo médico que se impone en la década de los 50, mediante este modelo se concibe el envejecimiento desde una concepción muy negativa. Según Fernández-Ballesteros (2000) desde aquí se contribuyó a esa visión, ya que planteaba la relación existente entre personas mayores y las enfermedades; se realizaron más publicaciones y estudios señalando más los elementos negativos y deficitarios de esta etapa que los positivos.

En la época de los años 60, se encuentran estudios del envejecimiento, pero desde enfoques más longitudinales por lo que no solo se observa esos cambios al final de la etapa sino cómo van desarrollándose los mismos a lo largo del tiempo, por lo que se pueden apreciar tipos de envejecimiento diferentes. Por un lado, esos envejecimientos patológicos, pero por otro más activos y que gozaban de buena salud.

Continuando con las décadas de los 70 y 80, éstas se caracterizan por la introducción del envejecimiento al desarrollo del ciclo vital, es decir este no se da aislado sino más bien como un proceso integrado a todas las etapas del desarrollo del sujeto. Esta nueva conceptualización se denomina enfoque del ciclo vital (Life Span Approach), es más que una teoría formal, es un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluidas las últimas décadas de la vida, de este modo se plantea que todas las etapas del ciclo vital tienen crecimientos y pérdidas (Erikson, 1970; Hans y Baltes, 1987; Nesselroade, 1981; Singer et al., 2003; Uttal y Perlmutter, 1989). Es relevante mencionar que es a partir de esta teoría que surgen términos más positivos de esta etapa.

Ya en las épocas del 90 y 2000 surgen teorías enfocadas más en los aspectos positivos del envejecimiento. Los estudios van más dirigidos a un enfoque de la vejez como etapa vital. Este campo de estudio se denomina psicología positiva (Seligman et.al. 2006). Es por esto que desde la psicología positiva se intenta impulsar el bienestar psicológico y la felicidad humana, como un instrumento para aliviar el desconsuelo psicológico (Seligman, 1999; Vera, 2006) como una forma de contrarrestar lo patológico.

En resumen, puntualizando los aspectos positivos del envejecimiento como son la sabiduría, bienestar subjetivo, calidad de vida y envejecimiento saludable, surge una nueva

percepción conceptualizada como envejecimiento satisfactorio o de éxito (Triadó, 2001), que se caracteriza por resaltar esos elementos adaptativos del adulto mayor y cómo el optimismo de los recursos en esta etapa permite que los sujetos logren disfrutar y mantener un equilibrio en esta etapa.

2.1.1. Definición

Como se ha mencionado, es muy significativo entender los cambios que se producen en esta etapa, ya que el estudio del envejecimiento desde lo que es la teoría de Bee (1996) se ha concedido desde ideas muy negativas. Desde este punto, el envejecimiento es visto como una etapa de pérdida. Muchas definiciones ofrecidas han tenido que recurrir a los cambios biológicos y psicológicos para situarla en términos concretos que, si bien resultan en indicadores más delimitados, dejan de lado el cúmulo de situaciones que involucra la vejez en la sociedad. En el ámbito de lo social, la vejez es ambigua, compleja, difícil de asirse, de ceñirse a reglas o estándares, es difícil de definir (Esquivel y Calleja, 2020).

El término vejez es utilizado para reconocer una situación social concreta, aquella que se produce gracias al proceso de envejecimiento y que se sitúa arriba de los 60 años. Desde lo planteado por Esquivel y Calleja (2020), que observan una alta dificultad para definir la vejez, lo que lleva conceptualizaciones muy ambiguas o incluso basadas en las características que no siempre son generalizables de un sujeto a otro debido a las diferencias individuales.

Es relevante mencionar que, recientemente, se utiliza como parte de la conceptualización el término de personas adultas mayores, la cual hace referencia a sujetos mayores de 60 años, tal como lo ha planteado la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha buscado erradicar conceptos sobre las personas envejecidas que resultaran discriminatorios, negativos o, incluso, eufemísticos. De este modo, se busca evitar el uso de términos como “ancianos”, “senectud”, “tercera edad”, “viejos y viejas”, entre otros, que parecen llevar implícitamente una imagen desfavorable de este grupo social.

Partiendo de lo anterior, se puede mencionar que el envejecimiento, desde una perspectiva tradicional, es decir desde los aspectos biologicistas, se mantiene que este es un período de declive de todos los procesos tanto físicos, como bilógicos y psíquicos. Es decir,

se centra en la pérdida de todos los elementos positivos que se posee en la vida juvenil y adulta, por supuesto este viene siendo un modelo decremental del envejecimiento que se fundamentaba en que lo patológico en los adultos mayores era algo normal. Nuevamente era vista la senectud como un proceso de deterioro biopsicosocial que seguía a lo patológico.

El envejecimiento es descrito entonces como un proceso multifactorial o multicausal que trae consigo una serie de cambios de toda índole que tienen ocurrencia a nivel anatómico y funcional en el cuerpo humano y que refiere cambios a nivel biológico, endocrinológico, genético, psicológico, mental, funcional, social y ambiental, referido por las mismas teorías que buscan tratar de explicar la verdadera causa del envejecimiento de los seres humanos (Ortega, 2020; Cueva et al., 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) describe al envejecimiento como un proceso biológico, resultante de una gran acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, que llevan al ser humano hacia un descenso gradual de sus capacidades, tanto físicas como mentales, así como el aumento de riesgo de enfermedades y la muerte, siendo un proceso diferente para cada persona, y considerando que los cambios biológicos del envejecimiento están asociados a otras variables como la jubilación, las pérdidas emocionales, el cambio de lugar de residencia.

2.1.2. Definición contextual

El envejecimiento es un proceso natural y progresivo, cuyas implicaciones están sujetas a una serie de cambios y transformaciones que se producen en varios niveles: biológico, psicológico y social; cambios ligados al desarrollo y al deterioro (Muñoz, 2002). En concordancia con Campos et al., (2018) se sabe que el envejecimiento no es una enfermedad sino un proceso ineludible de todo ser vivo, en el que se diferencian la ancianidad como parte normal del proceso vital y la senectud que liga al envejecimiento con la enfermedad y la dependencia; sin embargo, a pesar de distinguirse claramente estas variables conceptuales, en algunas culturas, como en la de República Dominicana, el envejecimiento es considerado como un proceso de declive inevitable.

Según la OMS (1974), es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos

cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.

Siguiendo el esquema de análisis del envejecimiento de Morales y Gouzy (2014, p. 60) “El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos”.

De igual manera Robledo (2016, p. 45) menciona que: “La vejez es sustantiva. Pero al estado de vejez se llega por una cronología de sucesos biológicos cuya manifestación más visible y experiencial es el desgaste funcional. Esta cronología se define por el avance en el tiempo, medido en años, y supone un consumo de expectativa de vida”.

2.2. Tipos de envejecimientos

Resulta muy interesante cómo han ido evolucionando las conceptualizaciones que, del envejecimiento, estas van desde los procesos de pérdida o déficit hasta percepciones más positivas de esta etapa.

Los cambios que se observan en el envejecimiento desde una visión más positiva están fundamentados en observaciones y estudios que han generado que este ciclo vital se manifieste como un continuo en donde cada etapa está fundamentada por los cambios y avances de la siguiente etapa. Por lo tanto, este proceso se caracteriza por tener ganancias y pérdidas y que en los mismos influyen no solo elementos biológicos sino también las variables psicológicas. Es relevante mencionar que, no solo los aspectos biológicos influyen en este proceso, sino también la capacidad de adaptación de los mismos al cambio. Otro elemento importante son las diferencias individuales, por lo que dimensiona esta etapa de la vida a un proceso totalmente individualizado (Meléndez et al., 2015).

Como se ha mencionado el envejecimiento es una realidad global y objetiva confirmada con datos biológicos, demográficos, económicos, sociales, políticos, etc., pero también individual y subjetiva. La importancia de la experiencia, de las opiniones, de las emociones de las personas mayores que construyen su propio envejecimiento, comienza a

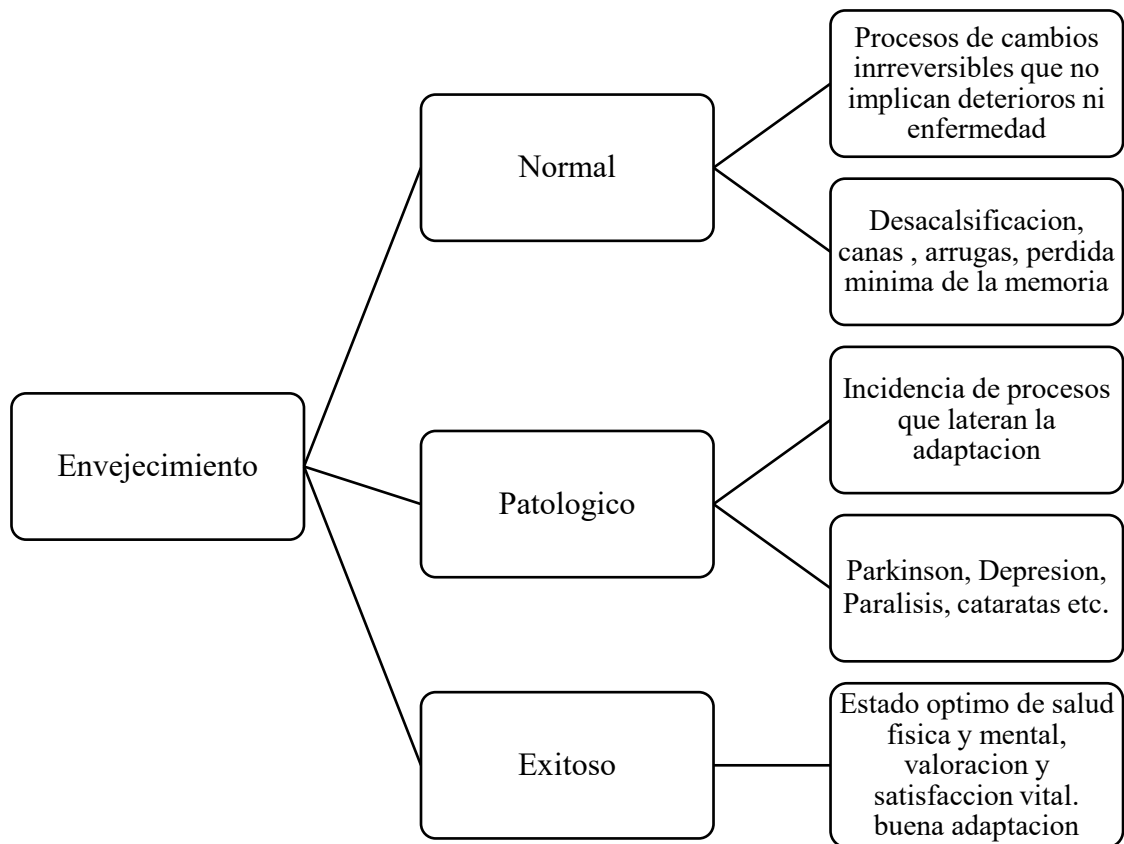
ganar posiciones en el interés de la investigación. No son posiciones excluyentes entre sí, sino más bien complementarias, y necesarias si se quiere contraponer lo que significa envejecer para los científicos (expertos) y la población que envejece (Rodríguez-Rodríguez, 2017).

De este modo, en las décadas del 90 y 2000 se está intenta diferenciar cuáles son los determinantes que pueden ayudar a distinguir entre los distintos modos de envejecer. Una primera clasificación que permitió profundizar mucho en el tema fue la distinción entre envejecimiento primario (cambios intrínsecos en el proceso de envejecer que son irreversibles) y secundario (cambios originados por enfermedad que están relacionadas con la edad, que pueden prevenirse o son irreversibles) (Rodríguez, 2001; Meléndez y Fortuna, 2016), ya que desde esta sistematización se busca aclarar qué cambios son normativos al envejecimiento y cuáles son patológicos.

Otro elemento importante que se une a todo lo expuesto es que recientemente, la Sociedad Gerontológica y Geriátrica de Japón han decidido realizar otra propuesta para redefinir el umbral de la vejez (Ouchi et al., 2017; Torregrosa, 2019). Sigue el argumento de que muchas personas mayores se encuentran ahora en mejor estado de salud y no es apropiado considerarlas “viejas” o “mayores” a los 65 años. Por esto y por otros estudios, un Comité propone una re-clasificación de la vejez en tres grupos: pre-vejez: de 65-74 años; vejez: 75 y más años; súper-viejas o súper-mayores, las personas por encima de 90 años (*super agers*). En otros términos: pre-ancianos, ancianos y súper-ancianos.

Más adelante, se está intentando diferenciar los patrones de envejecimiento y determinar qué variables influyen en un envejecimiento de pérdidas, se continuaron realizando clasificaciones de envejecimiento entre ellas: envejecimiento normal, envejecimiento patológico, envejecimiento con éxito (Fernández-Ballesteros, 1998). En este apartado como lo indica la Figura 1 se hablará de esos tipos de envejecimiento y los indicadores (subjetivos y objetivos) que los fundamentan.

Figura 1. Tipos de envejecimiento



2.2.1. Envejecimiento normal, patológico, exitoso

2.2.1.1. Envejecimiento normal

Es relevante mencionar que todo lo que hemos expresado está acompañando del proceso de envejecimiento. En el proceso de envejecer se producen cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Es entendible que el envejecimiento biológico y fisiológico no puede evitarse, forma parte de todo ser vivo y comprende una serie de cambios progresivos estrechamente vinculados con la propia genética herencia biológica, la historia personal y los factores ambientales (Wilson et al., 1997; Starrat y Peterson, 1997).

Son mucho los investigadores que han hecho énfasis en identificar un envejecimiento normal de uno que no lo es (Knopman et al., 2014; García, Díaz, y Peralta, 2014; Urrego, Escobar, Montañés, Bergman, & Holmes, 2020), además se ha estudiado cómo el incremento de la edad afecta el funcionamiento y desempeño cognitivo. El envejecimiento, como ya se ha mencionado, es un proceso natural, múltiple y gradual, caracterizado por una enorme variabilidad individual, que sugiere que el tiempo no tenga las mismas consecuencias para todos.

El proceso de envejecimiento conlleva cambios cerebrales que implican modificaciones en el funcionamiento cognitivo y funcional (Borrás y Viña, 2016). Las capacidades cognitivas que se ven mermadas en el envejecimiento normal son la memoria, las relaciones viso-espaciales y la velocidad de procesamiento de la información, mientras que las habilidades verbales parecen conservarse mejor, en este punto también se observa la prevalencia de un probable déficit cognitivo, en esta población, se asocia a una edad avanzada y al grado de deterioro (Calatayud y Muro, 2020; Facal et al., 2009; Borrás y Viña, 2016).

2.2.1.2. Envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico se aborda por algunos autores, desde el concepto de dependencia, la cual presenta una debilidad física, social y cognitiva que se proyecta hacia un deterioro de la calidad de vida; según Zarebski (2005) este tipo de envejecimiento se presenta en personas que son incapaces de soportar las evidencias del paso del tiempo, de esta forma se puede demostrar la incapacidad de lograr un buen metabolismo y digerir gradualmente esos cambios, por lo que generan mecanismos de defensa, que empeoran o dificultan la asimilación del envejecimiento.

Según Meléndez, et. al. (2009) el envejecimiento patológico, se refiere a un patrón de envejecimiento caracterizado por la patología grave y la dependencia en algún grado con aparición de discapacidades que se acentúan en esa edad, y que minimizan el disfrute y la satisfacción. Ramos, Rodríguez, y Márquez, (2021) plantean que el envejecimiento patológico ocurre cuando no se puede dar sentido a la vida; cuando los proyectos ya no

existen; cuando hay una ruptura en la continuidad de la identidad; en este punto, la vejez se anticipa como un proceso siniestro y totalmente negativo.

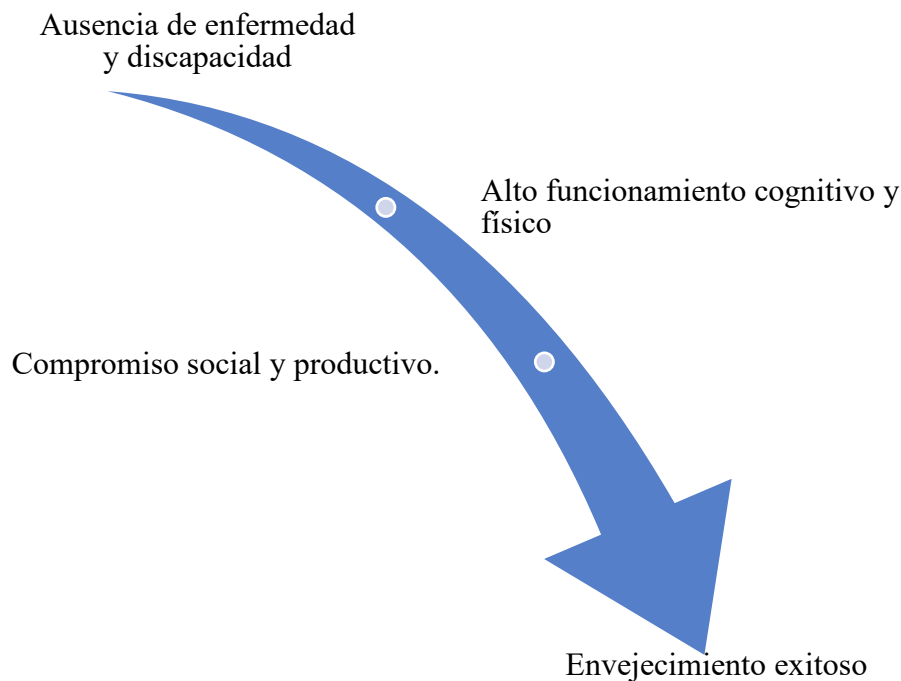
2.2.1.3. Envejecimiento activo, saludable y con éxito

Durante la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en el 2002 en Madrid, la Organización Mundial de la Salud contribuyó con un marco político que pretendía promover la salud y el envejecimiento activo. Su objetivo principal era hacer de la vejez una experiencia positiva, sostiene una conceptualización que propone que el sujeto puede lograr procesos de desarrollos en esta etapa, aún con el deterioro intrínseco que existe siempre y cuando el sujeto sea capaz de poner en práctica diferentes estrategias de adaptación a los nuevos cambios que debe enfrentar. A esta nueva forma de envejecer se la ha denominado envejecimiento con éxito, siendo este concepto similar a otros conceptos definidos en la literatura gerontológica tales como envejecimiento «saludable», «activo», «productivo», «óptimo» y «positivo» (Fernández-Ballesteros, 2008).

Según plantean Meléndez y Fortuna (2016) el envejecimiento con éxito puede ser entendido como la capacidad proactiva del individuo para poner en marcha estrategias adaptativas eficaces en las diferentes esferas de desarrollo, de manera que éste sea capaz de generar no solo respuestas cognitivo-conductuales eficaces sino también exista una mejora emocional que se vea reflejada en el bienestar subjetivo y psicológico del sujeto.

Los primeros estudios de este concepto se producen en la década de los 50 (Baker, 1958; Pressey y Simcoe, 1950), aunque no es hasta finales de los 80 cuando el término deja de ser invisible, destacando cuando en 1987 es divulgado un artículo de la revista Science por John Rowe y Robert Kahn en donde se plantea como un concepto multidimensional, holístico y polisémico, que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales, iniciándose una caracterización más profunda de este tipo de envejecimiento que definen a partir de tres componentes: a) la ausencia de enfermedad y discapacidad, b) alto funcionamiento cognitivo y físico, y c) el compromiso social y productivo. Este se puede observar en la Figura 2 a continuación.

Figura 2. Envejecimiento exitoso



Fuente: Adaptado de) Rowe, y Kahn (1997).

El concepto “Envejecimiento Activo” lo propuso la OMS a finales de los años 90 para sustituir el concepto de “envejecimiento saludable”. Lo definió 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).

Este nuevo planteamiento, está “basado en las necesidades” en vez de “en los derechos”, reconociendo la igualdad de oportunidades y trato en todos los aspectos de la vida. Hay razones de peso económicas para promulgar programas que fomenten el envejecimiento activo, pues aumenta la participación durante más tiempo en el mundo laboral y reduce los gastos de asistencia debido a discapacidad y mala salud (Diputación Foral de Bizkaia, 2010).

El término “activo” hace referencia a una participación continua en las dimensiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Su objetivo radica en ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad

de vida mientras se envejece, incluyendo personas frágiles, discapacitadas o que necesiten asistencia. Esta concepción ha de tomarse en sentido amplio, pues no sólo implica el cuidado de su propia salud, sino también la inserción participativa en la sociedad. Las actividades que se enmarcan en este paradigma deben fomentar la motivación intrínseca, priorizando elementos singulares y significativos para cada persona. Por esta razón, deben formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora.

Hasta el momento, el término *envejecimiento saludable* se ha utilizado para referirse a un estado positivo y libre de enfermedades. Sin embargo, con el envejecimiento, la mayoría de los problemas de salud son el resultado, no sólo de la presencia de enfermedades crónicas que coexisten en un mismo sujeto, sino de la interacción de las mismas con el propio proceso de envejecimiento, y dicha interacción genera como resultado una modificación en la capacidad funcional que finalmente repercute en sus hábitos de vida. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud amplió el concepto de Envejecimiento Saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor.

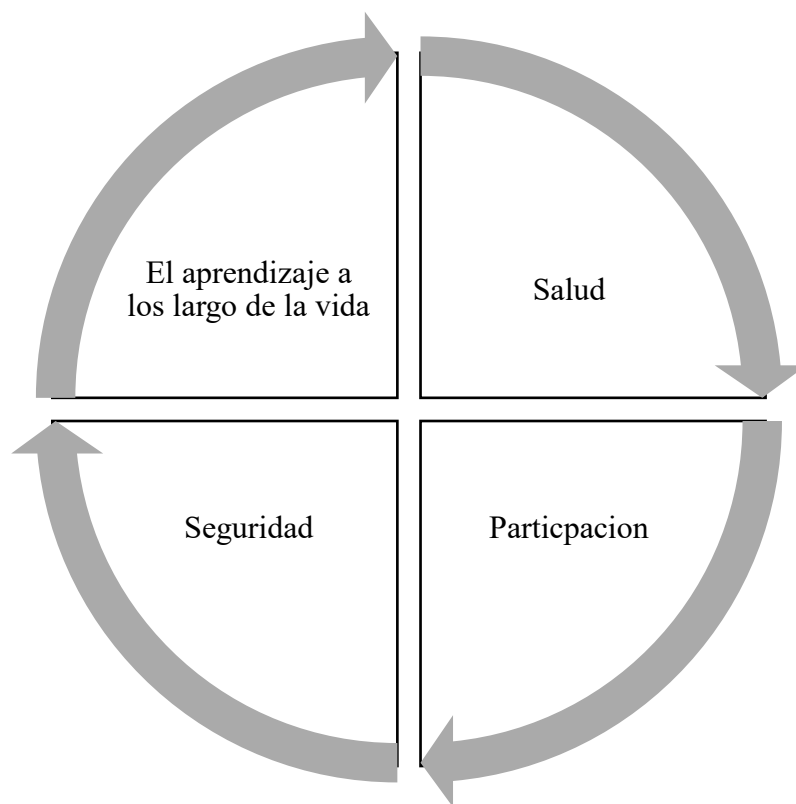
Se extrae la urgente necesidad de desarrollar acciones de salud pública para responder a estos nuevos desafíos. Para ello, la OPS/OMS ha elaborado acciones estratégicas cuyo propósito final es el de promover el envejecimiento activo y saludable en toda la región (OPS, 2020).

Reichard et al., (1962), definieron el *envejecimiento exitoso* como la capacidad de adaptación a la jubilación y según Petretto et al., (2016), representa un primer intento de apreciar el papel de la personalidad en el envejecimiento. Es relevante mencionar que existen dos modelos teóricos del envejecimiento Activo y Saludable, el planteado por la OMS (OMS, 2002) y el Modelo Multidimensional-multinivel de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2009).

a) *Modelo de la OMS (2002)*

Modelo de la OMS (2002), aunque ya se han planteados aspectos de este modelo se hace énfasis en ese marco teórico y conceptual del envejecimiento activo, desde la perspectiva del ciclo vital.

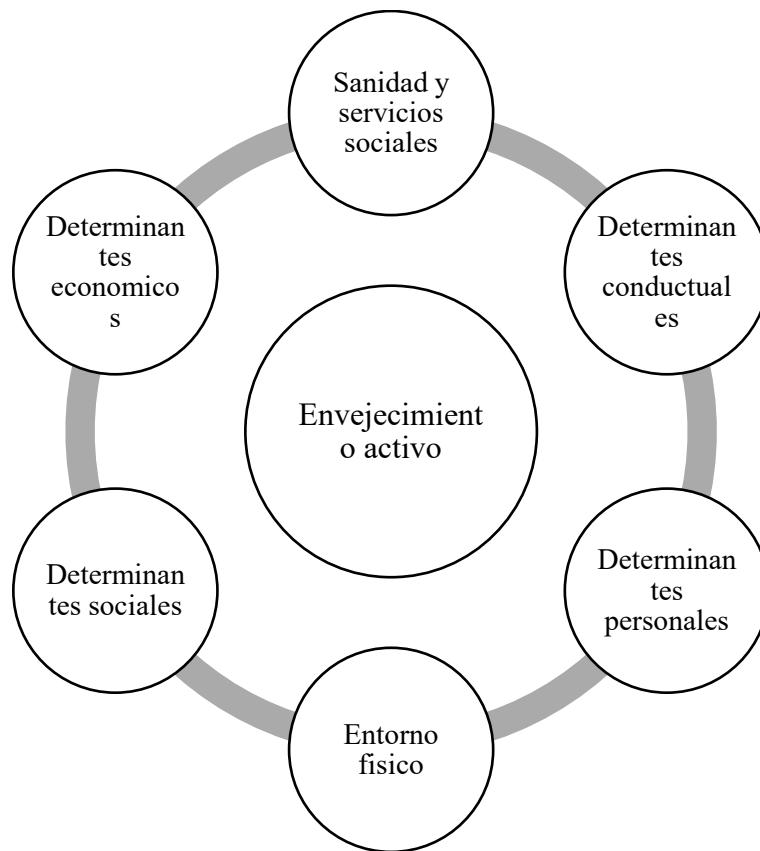
Figura 3.. Pilares del envejecimiento activo (OMS, 2002; ILC-Brazil, 2015)



Como se ha podido observar en la Figura 3, existen pilares que fundamentan y determinan el envejecimiento activo entre ellos la salud, la participación, la seguridad y luego fue añadido un cuarto elemento que es el aprendizaje durante la vida. Esto perfila un modelo multidimensional que está representado por aspectos sociales y personales.

Este modelo activo propuesto por la OMS (2002), presenta seis grupos de determinantes (ver Figura 4).

Figura 4. Determinantes del envejecimiento activo (Modelo OMS (2002))



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

b) Modelo Multidimensional – Multinivel de envejecimiento activo:

En este modelo se trata de integrar una serie de dimensiones y niveles a lo largo del proceso de envejecimiento y por lo tanto resulta en distintas maneras de envejecer. En este modelo, el envejecimiento activo es considerado como un concepto multidimensional que abarca, y supera, la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores

bio-psico-sociales. Este se basa en el modelo de Optimización selectiva con compensación (SOC) (Baltes y Baltes, 1990; Baltes et al.,1998) entiende el desarrollo como un proceso de selección, a lo largo de la vida. Como puede entenderse está relacionado de forma directa con envejecimiento satisfactorio y está basado en tres componentes esenciales: la compensación, la optimización y la selección como procesos básicos en el desarrollo humano para el logro de un envejecimiento con éxito.

El componente de selección hace referencia a la elección, consciente o no consciente, de metas o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo, dejando de lado otras alternativas. Baltes et al., (1998) diferencian entre dos tipos de selección, la selección electiva, que resulta de nuestra elección entre diferentes alternativas, y la selección basada en pérdidas, que resulta de la no disponibilidad de recursos y, en consecuencia, la necesidad de escoger otras alternativas. La optimización es el componente que impulsa a regular el desarrollo de manera que se puedan alcanzar los niveles más deseables de funcionamiento mediante los medios y recursos disponibles. Finalmente, 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 de nuestras metas evolutivas, de este modo o bien pueden adquirirse nuevos recursos para sustituir a los que se han perdido o faltan, o bien pueden cambiarse las metas, con el fin de facilitar la consecución de las nuevas con los medios disponibles.

Es a partir de la integración de los tres mecanismos como la persona puede conseguir regular las pérdidas, mantener el nivel de funcionamiento e, incluso, obtener nuevos espacios de crecimiento o mejora en esos niveles de funcionamiento. Es en este sentido en el que podemos hablar de “envejecimiento con éxito” (De Miguel, 2003).

Así mismo Neugarten (1972), llegó a la conclusión de que el factor crucial para predecir qué individuos envejecen con éxito es la personalidad, aunque agregó características de salud y sociales al modelo más simple de Reichard et al., (1962) que se centró únicamente en la personalidad. Así, para este autor, los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse y las expectativas de vida, así como los ingresos, la salud, las interacciones sociales, las libertades y las restricciones, eran vistos como parte de la fusión de la

personalidad y, por lo tanto, juegan un gran papel en la enorme complejidad del envejecimiento exitoso (Martin et al., 2015).

2.3. Teorías del Envejecimiento

Como se ha mencionado debido a la gran cantidad de cambios que surgen en el ser humano desde las diversas etapas de su vida, es ineludible que se hayan presentado una serie de teorías para tratar de explicar el dónde, el cómo y el porqué de estos cambios. Según lo planteado por Robledo y Orejuela (2021).

De manera generalizada, los estudios del envejecimiento y la vejez se han centrado en enfoques empíricos, difícilmente articulados con modelos teóricos, bajo perspectivas más descriptivas que explicativas, de carácter práctico y hasta cierto punto ateórico (Gómez y Curcio 2014). Una posible razón de esta tendencia puede ser la ausencia de un corpus teórico propio de la gerontología, dado que las teorías del envejecimiento y la vejez se han alimentado de ciencias ajenas como la sociología, la biología y la psicología (Curcio, 2010), de las que han tomado sus metodologías y enfoques teóricos.

Es relevante mencionar que las teorías antes mencionadas se puntualizan en aspectos de homogeneidad, aunque surgen diferentes enfoques de plantear estas teorías entre ellas están la sociológica, psicológica y la biológica, las cuales serán abordadas a continuación.

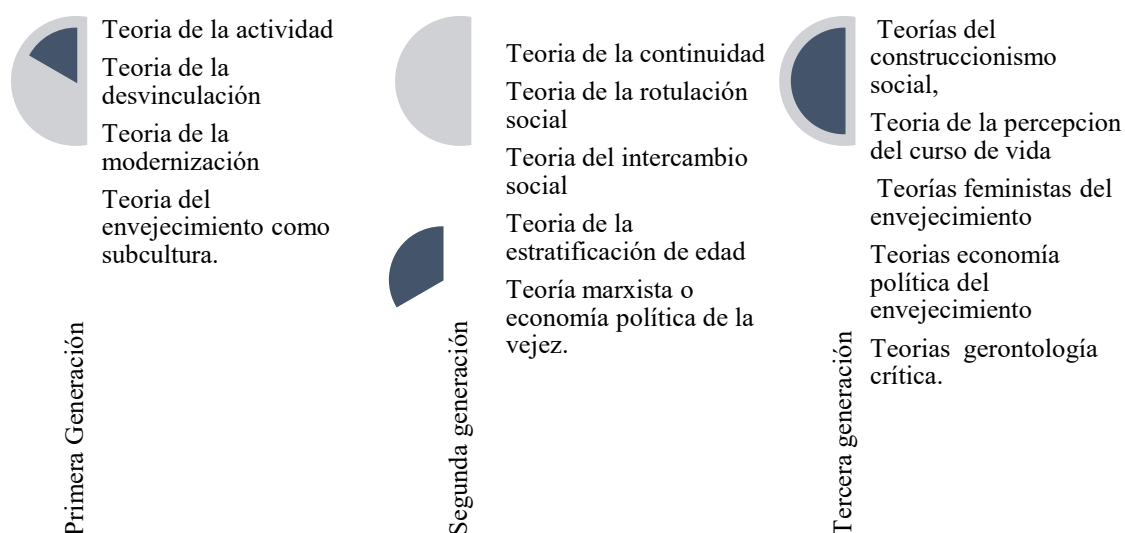
2.3.1. Teorías Sociológicas

En este aspecto son diversas la teoría que representan las perspectivas sociológicas. La sociología de la vejez es para Settersten y Ángel (2014), citados por (Pérez, 2016), “El estudio de las fuerzas sociales y los factores que determinan las formas y el proceso de envejecer y sus consecuencias sociales” (p.45). La religiosidad de los mayores sigue siendo elevada, para muchos es un vehículo de sociabilidad imprescindible y marca su pertenencia a la comunidad.

Estas teorías tienen sus orígenes después de la segunda guerra mundial. Robledo y Orejuela (2021) realizaron un estudio en donde hacen un análisis de las principales teorías sociológicas hasta la más reciente. Estas teorías se pueden abordar en tres grupos, de acuerdo

con Bengston, et,al (1997), quienes afirman que se tienen teorías sociológicas de primera, segunda y tercera generación, estas clasificaciones se pueden observar en la Figura 5 a continuación.

Figura 5. Clasificación de las teorías sociológicas sobre el envejecimiento y la vejez (Robledo y Orejuela, 2021; Bengston, Burgess y Parrot, 1997)



Las de primera generación, que aparecieron al inicio de la segunda mitad del siglo XX, entre 1949 y 1969, son cuatro: de la actividad, la desvinculación, la modernización y el envejecimiento como subcultura.

- a) Desde la década de 1970 hasta 1985, surgieron las teorías de segunda generación, en oposición a las anteriores o de tradiciones sociológicas. Ellas son las de continuidad, rotulación social, intercambio social y estratificación de edad, así como la teoría marxista o economía política de la vejez.
- b) Las teorías de tercera generación emergieron a partir de 1980, como crítica a las precedentes y comprenden las teorías del construccionismo social, curso de vida,

teorías feministas del envejecimiento, economía política del envejecimiento y gerontología crítica.

2.3.1.1. Teoría de primera generación

De igual manera, Rematosa (2017) aborda algunas de las teorías del envejecimiento para determinar cómo estos aspectos inciden en los distintos modos de envejecer y en el desarrollo del conocimiento sobre la vejez:

La teoría de la desvinculación: esta surge en los años 60, sus iniciadores fueron los sociólogos norteamericanos Cumming y Henry (1961), esta teoría hizo énfasis en la gradualidad de la disminución de la participación de las personas en la vida social, según aumenta su edad. Continuando con estos autores, los adultos mayores deben de desvincularse del sistema social como fase natural de la vida asumiendo de esta forma el proceso de envejecimiento. La teoría de la desvinculación defiende que la vejez implica una retirada del mundo social, de los vínculos y de los roles socialmente significativos. Se supone que esta retirada tiene naturaleza adaptativa y es beneficiosa para la persona mayor y para la sociedad en general, pues, según estos autores, en esta etapa disminuyen los recursos y aumenta la probabilidad de muerte. Este proceso se puede iniciar por la propia persona o por otras de su entorno, y está más marcado en el caso en determinadas relaciones sociales. Es, pues, un retraimiento de la sociedad y del individuo por ambas partes.

Esta teoría es criticada (Bengston et al., 1997; Catunda, 2008; Robledo y Orejuela, 2021), ya que asume un enfoque único de las variables sociales y psicológicas que solo están enfocadas en las necesidades y requisitos que se pueden ver en la sociedad. Por supuesto, que estas teorías van negando la verdadera noción que se tiene hoy en día del envejecimiento exitoso. Ya que en la misma no existe un análisis de lo que es el proceso activo de las personas mayores, sino que se ve él mismo como un proceso totalmente degenerativo, descuidando elementos de carácter multifacético en donde se ve el envejecimiento simplemente como un proceso decremental.

Teoría de la actividad: esta teoría plantea lo contrario que la desvinculación. Se basa en que los beneficios que obtiene el adulto mayor van a ser aún más si este se mantiene activo.

La misma surge desde lo que son las premisas del envejecimiento normal. Y plantea la realización de actividades y acciones con el fin de generar, la felicidad y la satisfacción de vida en el adulto mayor. De esta manera se logra reducir elementos como la depresión o la inutilidad que suele presentarse en esta etapa (Havighurst y Albrecht 1953).

Según esta teoría, la desvinculación no se lleva a cabo como parte del proceso evolutivo o manera propia, sino que la sociedad ofrece pocas oportunidades al adulto mayor para mantener su papel activo en la sociedad. Además, tampoco ofrece la oportunidad de cambiar la percepción del rol hacia roles más adecuados en la etapa vital.

En síntesis, la teoría de la activación plantea que mientras menos prohibiciones se le haga a la persona mayor y más ocupado se mantenga, más satisfactorio será su envejecimiento; puesto que esto minimiza el surgimiento de situaciones de desesperanza o sentimientos de ineptitud. Desde este punto el envejeciente realiza un mejor afrontamiento en su proceso de envejecer y logra mayor adaptación frente a las situaciones que ocurren en su contexto.

Esta teoría también tiene fuertes críticos entre ellos se mencionan: que la misma es muy idealista, ya que no siempre es ejecutable a la realidad (Ortega, Fajardo y Núñez, 2020); Se observa a la vejez como un proceso homogéneo; se centra solo en la explicación de la conducta del individuo; Hace pocos análisis críticos de las estructuras dominantes y normas sociales e impone que el adulto mayor debe adaptarse de forma natural a las mismas (Hernández 2016); Existen factores como es el declive propio de la edad, exclusión social, el cambio de rol, la pobreza y hasta factores hereditarios que harán énfasis en esa etapa del adulto mayor, las cuales posibilitarán o no que este tenga un papel más activo en la sociedad y esta teoría se basa en el conocimiento de los valores de clase media norteamericana por lo que en su momento desconocía el desarrollo de otros países y sus políticas de inclusión social (Catunda 2008).

Teoría de la modernización: esta está impulsada por Donald Cowgill y Lowell Holmes (1972), estos abordan el papel que juega el envejeciente desde los cambios o modernización de las sociedades. Desde este punto Rematosa, (2017) menciona que:

La situación de la persona adulta mayor relegándolo socialmente, no reconoce el estatus que históricamente se le otorgaba por su sabiduría y experiencia, siendo

despojado de ese lugar. Por lo tanto, se puede decir que la posición social de las personas adultas mayores es ahora inversamente proporcional al grado de industrialización, tecnologización (p. 19).

La teoría del envejecimiento estratificación etaria y de la subcultura: para Morales (2015), citado por (Rematosa, 2017) “Algunas políticas públicas se apoyan en la teoría de la subcultura para argumentar la fundación de clubes y hogares para jubilados, priorizando los vínculos entre personas mayores antes que el intercambio intergeneracional” (p. 19).

Esta teoría está planteada Rose y Peterson (1968), estos hacen énfasis en que las normas y expectativas del comportamiento surgen de las interacciones sociales, los cambios demográficos, ambientales y sociales, así como la implementación de políticas públicas discriminatorias (residencias o centros de retiro) y grupos de edad, muchas veces en las sociedades contemporáneas, conducen a la formación de una sociedad independiente. subcultura o minoría que promueve el desarrollo de las personas mayores en sus propias culturas, con normas, valores, comportamientos, creencias, preferencias y comportamientos comunes definidos en situaciones específicas de género, raza y clase social. Las críticas a esta teoría se centran en la exclusión que genera la subcultura en las interacciones con otros grupos etarios y el aumento de los estereotipos negativos, que pueden ir en contra del restablecimiento de los derechos en las acciones políticas (Bazo, 1992).

2.3.1.2. Teoría de segunda generación

En esta se pueden mencionar Las teorías de continuidad, rotulación social, intercambio social y estratificación de edad, estas se pueden observar en la siguiente ilustración:

Tabla 1. Teorías de la segunda generación

Teorías	Representantes	Características y conceptos	Críticas de las teorías
---------	----------------	-----------------------------	-------------------------

Teoría de la continuidad	Atchley, 1971	Los sujetos conceptualizados desde esta teoría tenderán más a continuar que a cambiar, eso no significa que la continuidad sea ausencia de cambio, sino que a lo largo del tiempo se da una consistencia de los modelos de ideas y comportamientos. Los adultos mayores hacen lo posible por conservar su identidad y aplican estrategias que les permita lograr una buena adaptabilidad a los cambios (Rematosa, 2017 y Ortega, et. al, 2020).	Hace énfasis en la perspectiva individual y la interacción con el otro, obviando de esta manera asuntos de orden hegemónico que pueden impedir la continuidad en el individuo y se enfoca en la personalidad y los estilos de vida e ignorando así actitudes específicas como las creencias sobre sí mismo y los demás.
La teoría de la rotulación social	<u>Kuypers y Bengston (1973)</u>	Contribuye a comprender cómo la reducción de competencias sociales y habilidades de las personas viejas no está necesariamente asociada a la vejez per se, sino a la rotulación negativa por parte de familiares, cuidadores o profesionales, de las personas viejas enfermas o dependientes, debido a las crisis presentadas en la edad avanzada Este hecho conlleva efectos negativos relacionados con su competencia social y psicológica, así como su autoconcepto -de incapacidad, inactividad o inutilidad-, aumentando así su vulnerabilidad (Kuypers y Bengston (1973),Catunda 2008).	Esta teoría de insuficientes para explicar el momento vital de la vejez, dado que el desarrollo de la actividad social se hace de acuerdo con las condiciones de salud, económicas y sociales, indistintamente de que el individuo sea persona vieja o no
Teoría del intercambio social:	Gubrium Jaber (1973)	El adulto mayor disminuye su participación en intercambio social, sólo lo hacen aquellos que tienen mejores recursos que ofrecer y que les permitan desarrollar interacciones con otros grupos. Piña, citado por (Rematosa, 2017).	Las críticas a esta teoría es el énfasis en la perspectiva económica y racional impuesta en las interacciones a partir de la premisa del costo-beneficio, ignorando con ello los postulados ideales de la teoría del intercambio social presentados por

			motivaciones no racionales como la solidaridad, el afecto, el altruismo y el amor, que se presentan a lo largo de toda la vida (Hernández 2016; Catunda 2008).
La teoría de la estratificación por edad	Riley, et. Al. (1972)	Proporciona un marco analítico para comprender la interacción entre las personas viejas y las estructuras sociales cambiantes, las configuraciones de grupos e instituciones en la sociedad y los desequilibrios sociales entre personas y funciones, en los que la edad se convierte en una categoría de importancia para la distribución del poder, siendo la vejez un momento de la vida en el que se pueden experimentar ciertas desventajas	Una de las críticas a esta teoría consiste en que pese a centrarse en un nivel macro de las relaciones sociales, no trata de manera adecuada los asuntos del poder, la forma de vivir cada etapa y las diferencias en una misma cohorte. Además, le da realce a la edad cronológica, ignorando así sus dimensiones subjetivas

2.3.1.3. Tercera generación de las teorías

Figura 6. Teorías de tercera generación

Teoría del construccionismo social
Propuesta de Gubrium y Holstein (1999), que busca comprender y explicar las realidades sociales asociadas al envejecimiento, los procesos individuales de envejecimiento en contexto y los roles involucrados en la construcción social de la edad (Hernández 2016; Catunda 2008).
Teoría de la percepción del curso de vida
Fue desarrollada por Baltes et al., (1980), en la cual se hace énfasis en la visión positiva del envejecimiento. El enfoque de esta perspectiva se orienta a la comprensión de cómo los individuos viven y envejecen de maneras muy distintas, según sus contextos sociales, históricos y culturales (Dulcey-Ruiz 2010; Neugarten 1999; Featherstone y Hepworth 1991).
Teoría feminista del envejecimiento

Analiza cómo la asignación de recursos sociales, económicos y políticos configura relaciones de poder, autonomía e influencia en la experiencia del envejecimiento. Se considera aquí no solo la variable edad, sino también las de clase, género, raza y etnia. Es decir, esta teoría afirma que la distribución inequitativa de estos recursos puede ir en detrimento del estatus de las personas viejas, del tratamiento que les es dado, del acceso a las oportunidades y las elecciones en la vejez (Bengston et al.,1997).

Teorías economía política del envejecimiento

Analiza cómo la asignación de recursos sociales, económicos y políticos configura relaciones de poder, autonomía e influencia en la experiencia del envejecimiento. Se considera aquí no solo la variable edad, sino también las de clase, género, raza y etnia. Es decir, esta teoría afirma que la distribución inequitativa de estos recursos puede ir en detrimento del estatus de las personas viejas, del tratamiento que les es dado, del acceso a las oportunidades y las elecciones en la vejez (Bengston et al., 1997).

Teoría gerontología crítica

Desde una perspectiva humanista, la gerontología crítica, influenciada por la tradición teórica europea, plantea: teorizar las dimensiones subjetivas e interpretativas; enfocarse en cambios prácticos; vincular a académicos y practicantes a través de la praxis, y producir conocimiento emancipatorio (Moody, 1992).

Fuente: Elaboración propia

2.3.2. Perspectiva Psicológica

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

Dos de los autores más destacados, Jung y Erikson ofrecen perspectivas alternativas al psicoanálisis de Freud porque desarrollan conceptos sobre personalidad específicos para la vejez. Jung, desde la perspectiva psicoanalítica del desarrollo humano, defiende que la persona adulta no es un mero reflejo de lo que fue durante la infancia. Según sus principios, el presente y el futuro tienen una gran importancia. Jung tuvo especial interés en el desarrollo psicológico durante la segunda mitad de la vida, y planteó que el desarrollo del ser humano adulto era un proceso que se caracteriza por el crecimiento y el cambio (Erikson, 1950).

Otra de las teorías más importantes de la psicología que abordan el envejecimiento es la de Carl Jung, uno de los primeros discípulos de Freud en alejarse del psicoanálisis y crear su propuesta en base a casos clínicos e influencia de diversas líneas filosóficas, esta teoría habla del proceso de Individuación en la edad madura, en donde la persona llega a desplegar sus capacidades y desarrollar el “sí mismo” o yo, siendo esta tendencia innata e inevitable, pero a la vez limitada o impulsada por las oportunidades económicas y educativas de cada persona, en donde, en resumen, el ser humano desarrolla su potencial al envejecer. Las personas son guiadas por metas que cambian conforme la edad avanza, debiendo establecerse metas que les permitan explorar y reflexionar sobre su mundo interior (Jung, 2004).

Desde este punto existen una serie de psicólogos que han hecho aportes y han creado teorías que fundamentan el envejecimiento, entre ellos los que se mencionan a continuación:

- a) *Klaus. F. Riegel*: se refirió a la psicología del envejecimiento como integradora del desarrollo en su totalidad. Y al aludir a psicología del desarrollo y del envejecimiento, Riegel destacó siempre la necesidad de considerar los contextos históricos y socioculturales, así como las influencias de ideologías económicas y políticas, de las cuales dicha psicología no escapa (Riegel, 1972^a, 1972^b, 1976^a, 1976^b; Riegel, Riegel, y Meyer, 1967).
- b) *Hans Thome (1915-2001)*. Este fue el máximo representante de la psicología del ciclo vital (*lifespan Psychology*). Este conceptualizó el término de desarrollo del ciclo vital, como “el estudio del cambio en el contexto de los ciclos individuales de vida” y definió

su interés en este campo e, incluso, su propio transcurso vital, como caracterizados por una “curiosidad persistente acerca de las vidas humanas” (Thomae, 2002, pp. 285 y 290).

Éste planteó las siguientes proposiciones: su carácter diferencial, multidimensional, multirrelacional, dependiente de muy diversas influencias, entre las cuales destacó los contextos vitales, la historia educacional, el funcionamiento cognitivo, las percepciones acerca de la propia vida y sus perspectivas (Thomae, 1979).

- c) *Bernice Neugarten*: trabajó en la línea de la psicología desde el transcurso vital, centró su interés en la vida adulta y el adulto mayor, haciendo énfasis en la importancia de la historia de vida y los contextos sociales diferentes. Sus aportes principales están en la irrelevancia de la edad, planteando que las políticas deben ir cambiando según se va evolucionando y sobre todo que el envejecimiento comienza desde que se nace.

Dentro de las teorías que fundamentan los aspectos psicológicos del envejecimiento se puede encontrar:

- a) *Teoría del Desarrollo Intencional*: (Brandtstädter y Greve, 1994; Brandtstädter y Rothermund, 2002), plantea que el bienestar de las personas depende en gran medida de la distancia entre el estado actual y las metas deseadas y propuestas. De este modo, las metas son importantes porque actúan como elemento motivador. El modelo plantea dos tipos de estrategias de adaptación, la asimilación y la acomodación. Tal y como se enmarca el proceso de envejecer puede envolver una disminución de los recursos particulares de acción y de las elecciones evolutivas disponibles, lo cual tiende a dar protagonismo a la acomodación frente a la asimilación como estrategia de adaptación y optimización de los recursos (Brandtstädter, et. Al., 1993).
- b) *Teoría del control a lo largo del Ciclo Vital*: esta fue desarrollada por Heckhausen y Schulz (1995) y Heckhausen y Schulz y (1999) y plantea la combinación del Modelo Selección, optimización y compensación (SOC) con los conceptos psicológicos de control primario y secundario (Rothbaum, et. Al. 1982). Este planteamiento teórico sitúa como elemento clave del desarrollo la motivación por el control primario, consistente en la manipulación del entorno para cubrir las propias necesidades y potenciar el desarrollo.

1. El control primario se centra en la cognición o percepción de en qué medida las acciones de uno afectan a lo que ocurre en el mundo externo de uno.

2. El control secundario se centra en la cognición o percepción de los mecanismos de control internalizados. (Heckhausen y Dweck, 1998).

Según Schaie y Willis (2003), se ha hipotetizado que las estrategias de control primario y secundario muestran trayectorias diferentes a lo largo del ciclo vital. Las estrategias de control primario se desarrollan muy pronto en la vida.

- c) *Teoría de la selectividad socioemocional (TSS)*. Esta teoría planteada por Carstensen, podría afirmarse que completa la teoría propuesta por Baltes y su modelo SOC, ya que vas más allá de proporcionar principios generales de desarrollo aplicable a todo el ciclo vital y brinda especificaciones de criterios y metas evolutivas, además de realizar predicciones en el ámbito del desarrollo socioemocional.

La teoría se basa en los principios de adaptación como clave para el desarrollo y la noción de selección como uno de los principios que caracteriza este proceso Carstensen (1998). La teoría sostiene que con la edad las personas se vuelven cada vez más selectivas en invertir mayores recursos en actividades y metas emocionalmente significativas. Según la teoría, los cambios motivacionales también influyen en procesamiento cognitivo. Envejecimiento se asocia con una relativa preferencia por lo positivo sobre la información negativa en la atención y memoria (llamado el “efecto de la positividad”).

Esta teoría defiende que, en la madurez, las estrategias de adaptación siguen trayectorias inversas; mientras la cognición (búsqueda de información) disminuye con los años, en una variedad de tareas cognitivas (Zacks et al., 2000), la emoción despierta especial interés y aumenta según envejecemos (Carstensen, et al., 1999). Por lo tanto, la TSS mantiene que las metas cambian en la vejez, predice que las metas emocionales tienen mayor protagonismo en la edad madura.

2.3.3. Teorías Biológica

Sobre las teorías biológicas del envejecimiento se han descrito múltiples puntos de vista que tratan de explicar cómo el organismo está sujeto a distintos factores tanto externos como internos que participan activamente en el proceso del envejecimiento en el ser humano. En este punto se enfatiza en la clasificación realizada por Ponce (2021), el cual conceptualiza

el envejecimiento como un proceso a lo largo del ciclo vital, que es continuo e irreversible. Este plantea, que Da Vinci fue el primero en interesarse en los cambios biológicos del ser humano, con la realización de autopsias realizadas a cuerpos de jóvenes y la realización de comparaciones con otros en diferente etapa del ciclo vital.

Es relevante entonces mencionar a Núñez (2005), en donde conceptualiza que “el envejecimiento biológico puede definirse de manera simplificada, como la incapacidad progresiva del organismo, en función de la edad, para mantener la homeostasis” (p. 15). El proceso de envejecimiento a nivel celular se centra en teorías que conjugan aspectos genéticos puramente deterministas y aspectos estocásticos, como la regulación génica por factores epigenéticos y mixtos, en donde el medioambiente juega un papel determinante en la expresión y regulación de genes.

En este contexto, no existe ninguna propuesta teórica que se ajuste totalmente al proceso del envejecimiento, debido a su carácter multifactorial, y algunos autores reclaman la conciliación de ambas tendencias, contemplando el fenómeno global (Rico-Rosillo et al., 2018). Son diversas las teorías que desde el aspecto biológico fundamentan el envejecimiento como se puede apreciar en la Figura 7.

Figura 7. Teorías biológicas del envejecimiento (Alencastro - Ponce, 2020).

Teorías biológicas	
Rodríguez (2010)	
<i>Primario:</i> que se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre las personas.	<i>Secundario:</i> que se refiere a las pérdidas de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades.
Hoyl y Pedemonte (2004)	
<i>Estocástica:</i> envejecer es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo e incluye la teoría de los radicales libres de oxígeno. (Núñez, 2005. Pp.15)	<i>Teorías Celulares:</i> de los radicales libre, de desgaste, de los pigmentos de la edad. <i>Teorías genéticas:</i> regulación genética, diferenciación terminal, inestabilidad del genoma

	<i>Teorías moleculares:</i> del antagonismo pleiotrópico, hipótesis del soma desechable, de la restricción del codón, Del entrecruzamiento, Del error catastrófico, De la mutación somática, De la desdiferenciación, Del telómero
<i>No estocásticas:</i> Propone que el envejecimiento se produce bajo normas predeterminadas, son eventos codificados en el genoma.	Marcapaso o del reloj Teoría del límite Hayflick Teoría inmunológica Teoría del control neuroendocrino Teoría de la restricción calórica Del desequilibrio homeostático Teoría genética

Los factores externos a los que hace referencia este grupo de teorías se enmarcan en causas provocadas por el medio ambiente y que influyen en nuestra manera de sobrevivir mientras que las causas internas van más ligada a un proceso endocrinológico el cual se acentúa firmemente en esta teoría (Ortega, 2020; Cueva et al., 2020). El envejecimiento debe ser comprendido como un fenómeno multidimensional; una de estas dimensiones es la perspectiva biológica (Jin y Maren, 2015).

Shock (1977) realizó una clasificación de propuestas alrededor del envejecimiento y la dividió en tres categorías: a) envejecimiento primario o programado, teoría que destaca la importancia de la herencia genética y el ADN como determinantes del envejecimiento, b) envejecimiento secundario, en donde este proceso es causado por el tiempo y mantiene la visión ligada a lo patológico y degenerativo mencionada anteriormente, c) envejecimiento terciario: teorías que afirman que los mecanismos fisiológicos de control como el inmunitario o el neuroendocrino fallan y son los responsables del deterioro. Mientras que Rodríguez (2010) dice que el envejecimiento se divide en primario y secundario.

Craig (2001) difiere de Shock y señala dos categorías, además de las teorías biológicas del envejecimiento, las teorías estocásticas y del reloj biológico. Las primeras, también llamadas teorías del envejecimiento al azar, afirman que envejecemos por ataques aleatorios, tanto externos como internos, comparando al cuerpo humano con una máquina

que sufre desgaste y deterioro por la acumulación de agresiones y lesiones que sufren las células en el organismo.

Una de las teorías más difundidas, referentes al envejecimiento al azar, es la de los radicales libres, la cual describe que, durante el uso normal del oxígeno en los procesos celulares, minúsculos electrones no pareados con una carga alta son liberados, y estos en el interior de la célula al interactuar con otros compuestos pueden distorsionar el funcionamiento normal de los procesos. Cuando somos jóvenes el organismo posee una capacidad natural de restauración, pero al envejecer somos más proclives a los daños por los radicales libres (Craig, 2001).

Hay otras teorías estocásticas que dan importancia a los factores externos que alteran el ADN de los genes, como los químicos en los alimentos transgénicos o los rayos ultravioleta que en las personas de la tercera edad deterioran y desgastan los genes sin posible auto reparación. El desgaste también afecta a los tejidos y sistemas como el inmunológico, dando paso a enfermedades como la artritis reumatoide o nefropatías (Craig, 2001).

Las teorías del reloj biológico se refieren a que tenemos un deterioro programado por aproximadamente 200 genes que determinan la esperanza de vida de los seres humanos. Otra teoría del reloj biológico señala que cronómetros de envejecimiento estarían localizados en el hipotálamo y la hipófisis, y luego de la pubertad estas segregan sustancias que ordenan el inicio del deterioro del organismo; estos relojes biológicos controlan procesos como la fertilidad, y también el sistema inmunológico (Craig, 2001).

2.4. Religiosidad

Dada la importancia de la religiosidad en la sociedad dominicana, vinculado a los elementos culturales incorporados a través del proceso de socialización, es importante partir desde el concepto.

Según Rivera y Monter (2005), en principio, la religiosidad se vive en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen la vida de sujetos interesados en vincularse con lo divino. Desde este punto, la religiosidad tiene una

forma de expresarse lineal, ya que aporta al humano los conocimientos indispensables para poder proyectarse desde lo divino y centrarse en un adoctrinamiento congregado a otros.

Continuando con Rivera y Monter (2005) la religiosidad es de naturaleza esencialmente social, hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector, es un soporte sociocultural. En contraposición, la naturaleza de la espiritualidad es singular, específica y personal, es incluso una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida. Es un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo, es un proceso funcional dinámico que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social, encontrándose asociado al bienestar físico y mental.

La religiosidad es un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino. Si el sujeto no incorpora a su personalidad tal saber, es decir, si sus pensamientos, emociones y conductas instrumentales no son congruentes y coherentes con tal saber, entonces este saber mantiene un carácter secundario y accesorio. Sin embargo, sí existe una alta congruencia y coherencia entre pensamientos, emociones y conductas instrumentales y aquel saber, y la experiencia con lo divino se concreta, entonces el resultado puede ser la espiritualidad. (Ledesma y Montero, 2005).

Lo religioso es una dimensión transversal del fenómeno humano, que opera, de manera activa o latente, explícita o implícita, en todo el espesor de la realidad social, cultural y psicológica, según modalidades propias a cada una de las civilizaciones en el seno de las cuales uno se esfuerza por identificar su presencia (Hervieu-Lèger, 2004).

La religión se conceptualiza como "conjunto de símbolos y creencias cognitivas, motivacionales y conductuales compartido por un conjunto más o menos numeroso de personas; estos generan un sentimiento de confianza individual y colectiva, facilitan una perspectiva de trascendencia a los aspectos positivos y negativos de la vida terrenal (Fernández y Gracias, 2000 citado por Pérez y Sandín (2003). Hervieu Leger (1993) ofrece

una definición de religión, como “todo conjunto de creencias y prácticas, más o menos organizadas, referidas a una realidad supraempírica trascendente” (p.12).

La religión es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado. Las religiones son doctrinas constituidas por un conjunto de principios, creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual. Etimológicamente, el vocablo religión proviene del latín *religio, religionis*, que a su vez procede del verbo religare. Este se forma del prefijo re, que indica repetición, y del vocablo ligare, que significa 'ligar o amarrar'.

Así, la religión es la doctrina que liga fuertemente al ser humano con dios o los dioses. Religión puede entenderse, de este modo, como la acción y efecto de volver a ligar a dios y a los seres humanos. Actualmente, las mayores religiones del mundo, considerando su número de fieles, son: el cristianismo (2.100 millones), el islam (1.900 millones) y el budismo (1.600 millones).

La palabra religión, por otra parte, puede emplearse en sentido figurado para significar que se cumple con una actividad o una obligación de forma constante y rigurosa. Por ejemplo: “Ir al gimnasio todos los días es, para él, una religión”. Las religiones instituidas aparecieron por primera vez tras la revolución neolítica, que supuso el asentamiento de los grupos humanos, la división del trabajo, el desarrollo de la agricultura y, con ella, mayor tiempo de dedicación a la observación de la naturaleza.

Las religiones del neolítico, a diferencia de las experiencias previas de tipo chamánico, se estructuraron en torno a tres elementos: templo, sacerdote y sacrificios (u ofrendas), los cuales a su vez son expresión de la conceptualización de lo sagrado y lo profano.

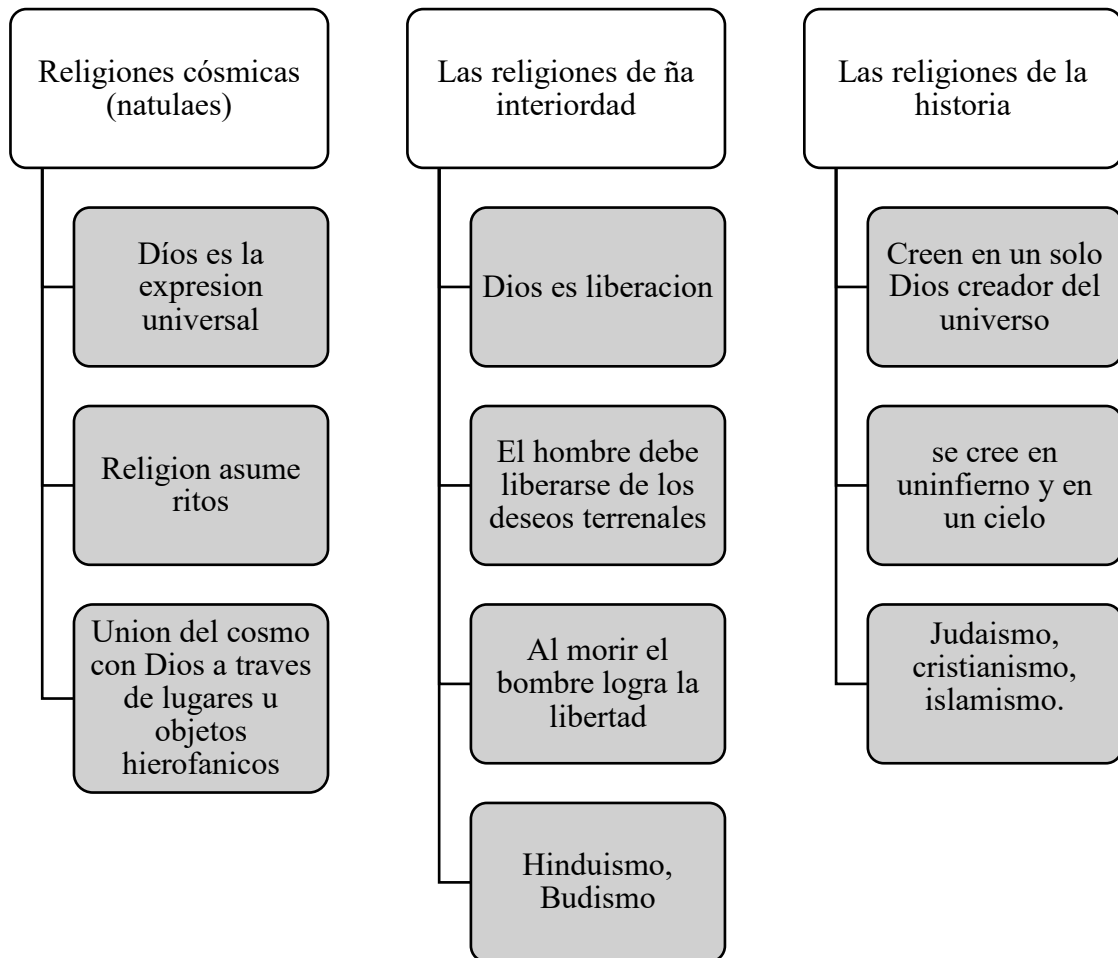
2.4.1. Religión (tipos, frecuencia)

La religión no se puede entender sola, para comprenderla debe estudiarse al lado de otras ciencias como la antropología, la sociología, la psicología, la biología entre otras. Desde este punto se realizará un acercamiento a la concepción o experiencias de algunos autores de

estas disciplinas en torno a su espiritualidad. La religión es un componente de la antropología filosófica entendida como la filosofía del ser humano.

En este punto se puede distinguir tres tipos de religiones según Borobio (2010):

Figura 8. Tipos de religiones



La religión es una dimensión esencial de la naturaleza humana, un acontecimiento que afecta la vida personal, comunitaria y social. Por eso precisamente a lo largo de la historia, en todos los pueblos y culturas se han desarrollado diversas formas de religión, desde el hombre primitivo hasta hoy. Como afirma Eliade (1967), entre los cazadores nómada y los agricultores subsiste una similitud de comportamiento... unos y otros viven en un cosmos sacralizado, participan de una sacralidad cósmica, manifestada tanto en el mundo animal

como en el vegetal y esta sacralidad que constituye la esencia del “homo religiosus” le llevará a elaborar relatos y mitos de un tiempo primordial, a buscar espacios y tiempos sagrados, signos y ritos de mediación y relación con lo trascendente, con el Ser Superior. Con Dios. El hombre actual experimenta lo divino en situaciones humanas, y lo sagrado en situaciones profanas, más allá del marco institucional religioso o eclesial.

Las religiones, asimismo, pueden clasificarse según distintos criterios, como su origen, su tipo de revelación o su concepción teológica. La concepción teológica, por su parte, se puede dividir en:

- a) Teísmo, que supone la creencia en entidades divinas absolutas, creadoras del mundo y providentes, que a su vez se divide en monoteísmo, politeísmo y dualismo.
- b) Monoteísmo: a este grupo corresponden todas las religiones que asumen la existencia de un único Dios. En esta categoría se encuentran el judaísmo, el cristianismo y el islamismo, conocidas también como las religiones del libro.
- c) Politeísmo: son politeístas todas aquellas religiones que creen en la existencia de diferentes dioses. Por ejemplo, las antiguas religiones representadas en la mitología egipcia, grecorromana y nórdica. Actualmente, podemos mencionar la santería en América Latina.
- d) Dualismo: se refiere a aquellas religiones que aceptan la existencia de dos principios supremos antagónicos, el bien y el mal.
- e) Panteísmo, según el cual todo lo que existe participa de la naturaleza divina en la medida en que lo divino es inmanente al universo.
- f) No teísmo, que implica la no creencia de entidades divinas absolutas, pues se trata de corrientes espirituales que conciben la divinidad de una manera distinta, como es el caso del budismo, por ejemplo (Triglia, 2017).

2.4.2. Religiosidad (Fe, Práctica Religiosa)

La religión tradicional implica presencia y responsabilidad, mientras que la espiritualidad tiene menos requisitos. Las personas pueden rechazar la religión tradicional, pero considerarse espirituales. En los Estados Unidos, 90% de los adultos mayores se

considera a sí mismo religioso o espiritual y entre el 6 y el 10% son ateos y no buscan un significado a través de la religión o una vida espiritual. La mayoría de las investigaciones se refieren a la religión, no a la espiritualidad, a través de medidas como la concurrencia cultos religiosos, la frecuencia de las prácticas religiosas privadas, el uso de mecanismos de adaptación religiosos (p. ej., orar, creer en Dios, transmitir los problemas a Dios, recibir apoyo de miembros de la comunidad religiosa) y la religiosidad intrínseca (compromiso religioso internalizado) (Kaplan y Berkman, 2021).

Para la mayoría de los adultos mayores la religión tiene una importancia fundamental en su vida y aproximadamente la mitad concurre a cultos religiosos al menos una vez a la semana.

El nivel de participación religiosa de los ancianos es superior al de otros grupos. Para estos individuos, la comunidad religiosa es la fuente principal de sostén social fuera de la familia, y el compromiso con organizaciones religiosas constituye la clase más frecuente de actividad social voluntaria, más usual que todas las demás formas de actividad social voluntaria combinadas (Kaplan y Berkman, 2021).

La religión se correlaciona con una mejoría de la salud física y mental y las personas religiosas pueden proponer que la intervención de Dios facilita estos beneficios. Sin embargo, los especialistas no pudieron determinar si la participación en una religión contribuye a la salud o si las personas atraídas a los grupos religiosos son más saludables tanto en términos psicológicos como físicos. Si es que puede considerarse que la religión resulta útil, aún no pudo definirse la causa de estos beneficios. Se propusieron varios de estos factores (p. ej., beneficios psicológicos, estimulación a realizar prácticas saludables, apoyo social de la comunidad religiosa).

Según Geertz (1973), también Malinowski (1948) presenta una teoría, según la cual la religión ayuda a las personas a soportar "situaciones de stress emocional" al ofrecerle salidas para escapar a tales situaciones y callejones que no ofrecen los medios empíricos, salvo los ritos y la creencia en el dominio de lo sobrenatural. La impropiedad de esa "teología del optimismo", es desde luego radical. En su trayectoria, la religión probablemente perturbó tanto a los hombres como los alegró y consoló. Los obligó a

afrontar abiertamente y sin disimulos el hecho de que nacieron para sufrir y, por otro lado, les permitió evitar ese enfrentamiento proyectándolos a infantiles mundos de cuentos de hadas en los que, citando nuevamente a Malinowski (1948), la esperanza no puede quedar defraudada ni el deseo puede engañar”.

La religión puede proporcionar los siguientes beneficios psicológicos:

- d) Una actitud positiva y esperanzada hacia la vida y la enfermedad, asociada con resultados más favorables y tasas de mortalidad más bajas
- e) Sentido de significado y de propósito en la vida, que afecta las conductas relacionadas con la salud y las relaciones sociales y familiares
- f) Mayor capacidad para adaptarse a las enfermedades y las discapacidades

Muchos ancianos informan que la religión es el factor más importante a la hora de aceptar los problemas físicos y las tensiones de la vida (p. ej., la disminución de los recursos financieros, la pérdida de un esposo o una pareja). En un estudio (Kaplan y Berkman, 2021) > 90% de los pacientes mayores depositó su confianza en la religión, al menos en forma moderada, para aceptar problemas de salud y circunstancias sociales complejas. Por ejemplo, una actitud positiva y esperanzada hacia el futuro ayuda a las personas con problemas físicos a permanecer motivados respecto de su recuperación.

Las personas que emplean mecanismos de adaptación religiosos tienen menos probabilidades de experimentar depresión y ansiedad en comparación con los que no lo hacen; esta asociación inversa es más intensa en personas con discapacidades físicas graves. Incluso la percepción de la discapacidad parece alterarse en función del grado de religiosidad. Entre las mujeres ancianas con fractura de cadera, las más religiosas tuvieron una menor tasa de depresión y pudieron caminar mejor al salir del hospital en comparación con mujeres menos religiosas. Las personas religiosas también tienden a recuperarse de la depresión con mayor rapidez.

2.4.3. Prácticas que Promueven la Salud

En los ancianos, como señala Kaplan y Berkman (2021) el compromiso activo con una comunidad religiosa se correlaciona con un mantenimiento óptimo del funcionamiento físico y la salud. Algunos grupos religiosos (p. ej., mormones, adventistas del séptimo día)

promueven conductas que mejoran la salud, como evitar el tabaquismo y el alcoholismo. Los miembros de estos grupos tienen menos probabilidades de desarrollar enfermedades relacionadas con estas sustancias y viven más tiempo que la población general. Las creencias y las prácticas religiosas a menudo fomentan la creación de redes comunitarias y de apoyo social. El mayor contacto social en este grupo etario aumenta la probabilidad de detectar las enfermedades en forma temprana y de que estos individuos cumplan los tratamientos, dado que los miembros de la comunidad interactúan con ellos y les preguntan acerca de su salud y el cuidado médico. Las personas ancianas que forman parte de este tipo de redes comunitarias tienen menos probabilidades de descuidarse a sí mismos.

La religión no siempre es beneficiosa para los ancianos. La devoción religiosa puede provocar la culpa excesiva, la inflexibilidad y la ansiedad. Los pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos o bipolares, esquizofrenia o psicosis pueden experimentar preocupaciones o ilusiones relacionadas con la religión. Algunos grupos religiosos desalientan el cuidado de la salud física y mental, como terapias que pueden salvar la vida de los pacientes (transfusiones de sangre, tratamiento de infecciones potencialmente letales, insulino terapia) y pueden sustituirlas por rituales religiosos (p. ej., orar, entonar cánticos, prender velas). Algunos grupos religiosos más rígidos pueden aislar y alejar a las personas de edad avanzada de miembros de la familia no participantes y de la comunidad social más amplia (Kaplan y Berkman, 2021).

2.4.3.1. La No Religiosidad

Según Campbell (1998), La irreligión o no religión es la ausencia o el rechazo de la religión, o la indiferencia hacia ella. Según el estudio global de 2012 del Pew Research Center de 230 países y territorios, el 16% de la población mundial no está afiliada a ninguna religión.

La población de personas que no se identifican religiosamente. La irreligión adopta muchas formas, que van desde las filosofías casuales e inconscientes hasta las filosofías completas, como el humanismo secular. Otros ejemplos son el ateísmo, el agnosticismo y el antiteísmo. Los científicos sociales tienden a definir la irreligión como una cosmovisión puramente naturalista que excluye la creencia en algo sobrenatural. La definición más amplia

y flexible, que sirve como límite superior, es la falta de identificación religiosa, aunque muchos no identificadores expresan creencias metafísicas e incluso religiosas. El más estrecho y estricto es suscribirse al ateísmo positivo. La medición de la irreligiosidad requiere una gran sensibilidad cultural, especialmente fuera de Occidente, donde los conceptos de "religión" o "lo secular" no tienen sus raíces en la cultura local (Frank, 2016).

Se destacan según Zuckerman (2016) las siguientes religiones:

- a) El ateísmo agnóstico es una posición filosófica que abarca tanto el ateísmo como el agnosticismo. Los ateos agnósticos son ateos porque no creen en la existencia de ninguna deidad y son agnósticos porque afirman que la existencia de una deidad es incognoscible en principio o actualmente desconocida de hecho (James, 1894).
- b) El agnosticismo es la opinión de que la existencia de Dios, de lo divino o lo sobrenatural es desconocida o incognoscible (Ronald, 2005).
- c) Antireligión es la oposición o el rechazo a la religión de cualquier tipo.
- d) El librepensamiento sostiene que las posiciones con respecto a la verdad deben formarse sobre la base de la lógica, la razón y el empirismo, en lugar de la autoridad, la tradición, la revelación u otro dogma.
- e) El apateísmo es la actitud de apatía o indiferencia hacia la existencia o no existencia de dios.
- f) El humanismo secular es un sistema de pensamiento que prioriza los asuntos humanos en lugar de los divinos. También se ve como una filosofía humanista vista como una religión no teísta antagónica a la religión tradicional (Prensa de la Universidad de Oxford, 2016).
- g) El ateísmo es la falta de creencia de que existen deidades o, en un sentido más estricto, el ateísmo positivo es específicamente la posición de que no hay deidades. Hay rangos desde el ateísmo negativo y positivo (Smart, 2017).
- h) El deísmo es la posición filosófica que rechaza la revelación como fuente de conocimiento religioso y afirma que la razón y la observación del mundo natural son suficientes para establecer la existencia de un Ser Supremo o creador del universo (*Enciclopedia Británica*, 2012).

- i) El naturalismo es la idea o creencia de que solo las leyes y fuerzas naturales (en oposición a las sobrenaturales o espirituales) operan en el universo.
- j) El secularismo se utiliza de manera abrumadora para describir una convicción política a favor de minimizar la religión en la esfera pública, que puede ser defendida independientemente de la religiosidad personal. Sin embargo, a veces, especialmente en los Estados Unidos, también es sinónimo de naturalismo o ateísmo.
- k) El no cognitivismo teológico es el argumento de que el lenguaje religioso, específicamente palabras como *Dios*, no son cognitivamente significativas. A veces se considera sinónimo de ignosticismo (Houghton y Harcourt, 2012).

En 1993, el Comité de Derechos Humanos de la ONU declaró que el artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos "protege las creencias teístas, no teístas y ateas, así como el derecho a no profesar ninguna religión o creencia". El comité declaró además que "la libertad de tener o adoptar una religión o creencia implica necesariamente la libertad de elegir una religión o creencia, incluido el derecho a reemplazar la religión o creencia actual por otra o adoptar puntos de vista ateos". A los signatarios de la convención se les prohíbe "el uso de la amenaza de la fuerza física o sanciones penales para obligar a los creyentes o no creyentes" a retractarse de sus creencias o convertirse. La mayoría de las democracias protegen la libertad de religión, y en los respectivos sistemas legales está implícito en gran medida que aquellos que no creen ni observan ninguna religión tienen libertad de pensamiento.

Una notable excepción a la ambigüedad, que permite explícitamente la no religión, es el artículo 36 de la Constitución de la República Popular China (adoptada en 1982), que establece que "Ningún órgano estatal, organización pública o individuo puede obligar a los ciudadanos a creer en, o no creer en ninguna religión, ni discriminar a los ciudadanos que crean o no creen en ninguna religión ". El artículo 46 de la Constitución de China de 1978 fue aún más explícito, al afirmar que "los ciudadanos disfrutaban de la libertad de creer en la religión y de la libertad de no creer en la religión y de propagar el ateísmo" (Federación Internacional de Derechos Humanos 2003).

2.4.3.2. Ateísmo

Históricamente, el concepto de ateísmo fue cobrando forma en el marco de las religiones monoteístas occidentales y sigue siendo en occidente donde más se habla de ateísmo. Por eso, intentar aplicar el concepto para explicar, por ejemplo, contextos premodernos diferentes a los occidentales pueden inducirnos a error. Además, incluso en un contexto occidental y moderno, se han atribuido al ateísmo significados diferentes ligados a la evolución de las diferentes concepciones de Dios. Aun así, consideramos que, si se hace con cierto cuidado, podemos extraer el concepto de su contexto histórico y utilizarlo para ilustrar al lector occidental contemporáneo. En los diccionarios se afirma que ateísmo es aquella creencia según la cual Dios no existe. Sin duda, mucha gente entiende eso cuando se habla de ateísmo.

Sin embargo, no es un significado exacto si partimos de sus raíces etimológicas en griego. En griego, (a) significa sin o no, y Theos significa Dios. Por lo tanto, desde este punto de vista, un ateo es alguien que carece de fe en Dios, lo que no implica necesariamente que ese alguien niegue la existencia de Dios. No se debería pasar por alto la definición al uso que dan los diccionarios. Para evitar confusiones, hablaremos de ateísmo positivo cuando recurramos a ella y de ateísmo negativo cuando hablemos de un ateísmo derivado de la etimología griega del término.

El ateísmo negativo en su acepción más amplia, se podría decir que se trata de la ausencia de fe en cualquier tipo de Dios o Dioses y no solo del rechazo a una idea de Dios teísta y antropomórfica, mientras que el ateísmo negativo en su acepción más estricta sería la falta de fe en un Dios teísta. A su vez, el teísmo positivo, en sentido amplio, sería la falta de fe en un Dios teísta. Para defender el ateísmo positivo, deben darse dos requisitos. En primer lugar, tendríamos que refutar la posibilidad de creer en un Dios teísta o, dicho de otra forma, tendríamos que refutar las razones esgrimidas en defensa de la fe en un Dios teísta. En segundo lugar, tendríamos que argumentar a favor de la opción de no creer en un Dios teísta (Martin, 2007).

2.4.4. La Religiosidad y el Adulto Mayor

Gallardo y Sánchez (2020) han planteado que desde el ámbito gerontológico se han hechos grandes debates sobre la asociación de la salud mental y la religiosidad/ espiritualidad (June et al., 2009; Lac et al., 2017; Lee, 2011; Ronneberg et al., 2016). Tanto la espiritualidad como la religiosidad actúan como recursos psicosociales que promueven en el adulto mayor la resiliencia, el afrontamiento positivo y el apoyo social. Es decir, son recursos que se van adquiriendo que fortalecen los aspectos sociales y personales, estos sirven de guía o estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones diversas del contexto. Además, surgen como estrategias de adaptativas para las situaciones sociales y personales que vienen dadas por el mismo envejecimiento, como son. La pérdida del trabajo, pérdidas de funciones cognitivas, presencias de sentimientos de soledad, depresión o desesperanza (González-Celis y Gómez-Benito, 2013).

Continuando con Gallardo y Sánchez (2020), se ha debatido ampliamente la diferencia entre la espiritualidad y la religiosidad. Algunos autores plantean que en la vejez ambos conceptos se superponen y es difícil separarlos (Marler y Hadaway, 2002). Sin embargo, en este punto se separan los constructos en su evaluación y partimos de la premisa de que son constructos distintos.

Por una parte, la espiritualidad es una experiencia singular, específica y personal con un ser superior, pudiéndose identificar como un proceso psicológico en la búsqueda personal por el sentido y el propósito en la vida. De allí su vinculación con procesos como el afrontamiento o la resiliencia ante situaciones estresantes o problemáticas. En tanto, la religiosidad es una experiencia social que surge y se desarrolla en comunidad, siendo por tanto su naturaleza eminentemente relacional y social. Por tanto, se vincula más con la integración social y al apoyo social (Gallardo-Peralta, 2017; Bowland, et.al., 2012).

También ha sido comprobado que la espiritualidad es un factor muy importante en el afrontamiento y la adaptación a los cambios y las dificultades, en el sentido del bienestar y, en definitiva, en el proceso de la resiliencia (Rivera y Montero, 2005). Aunque hay una

evolución de la espiritualidad a lo largo de la vida, para los ancianos actualmente sigue siendo un factor de resiliencia importante, principalmente en su vertiente religiosa.

En este sentido, son diversos los estudios que se han realizado intentando comprobar la relación existente entre la espiritualidad y la resiliencia en el adulto mayor y han sido notables las puntualizaciones positivas a que han llegado los mismos, como son: La espiritualidad ayuda afrontar momentos difíciles y estresantes, por lo cual promueve la resiliencia en el adulto mayor (Zabala et al.,2006); La fortaleza espiritual es un factor importante que constituye a mejorar la calidad de vida (Harris, 2010); Las creencias religiosas y la espiritualidad actúan como factor de resiliencia (Clark, 2004); Los esfuerzos de prevención del suicidio en adultos mayores podrían orientarse a fortalecer el apoyo familiar y la espiritualidad como posible factores para aumentar resiliencia (June et al., 2008); La espiritualidad promueve la resiliencia emocional en situaciones de estrés o traumas (Lawson y Thomas, 2007).

Muchos de los aspectos hasta aquí mencionados muestran un clara relación con la teoría psicosocial del desarrollo de Erikson (2000) cuando advierte de los procesos psicológicos positivos que hacen las personas mayores con envejecimientos orientados a la integridad: la autoaceptación de sí mismo, la aceptación de los cambios físicos, sexuales, sociales y laborales; la integración de las etapas pasadas, la renuncia a ciertos objetivos de etapas pasadas, todos, éstos son aspectos que contribuyen a disminuir las reacciones emocionales negativa como el estrés, la frustración o depresión, contribuyen a mantener adecuados niveles de salud, de bienestar, de participación social y comunitaria, que aportan calidad de vida subjetiva. En este sentido, el campo de la intervención es la última frontera de la investigación en resiliencia dado que las conclusiones de los diferentes estudios en salud han sugerido la necesidad del desarrollo de programas de intervención en resiliencia, ya que es considerada una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix et al., 2008; Jamison et al., 2007; Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009).

2.5. Satisfacción con la Vida y Bienestar

2.5.1. Satisfacción con la Vida

La satisfacción con la vida es una dimensión psicológica clave del bienestar (Murilo y Molero, 2012), y es definida como el juicio general que una persona hace de su calidad de vida, de acuerdo con criterios subjetivos, siendo esta percepción una perspectiva a largo plazo (Atienza et al., 2000) y en él se comparan temas de la propia vida con los estándares y expectativas que la persona tuviera previamente. En otras palabras, es cuanto a la persona le gusta la vida que tiene, la diferencia de este término con la "felicidad" es que la satisfacción con la vida enfatiza el carácter subjetivo e individual, y se distingue del "bienestar subjetivo" porque hace alusión a una evaluación global más que a sentimientos actuales o síntomas psicossomáticos específicos (Veenhoven, 1994).

La satisfacción vital es un constructo controvertido en sí mismo, probablemente por la variedad de definiciones y componentes asociados que se le atribuyen. La misma puede estudiarse desde un punto de vista afectivo o emocional, o bien, puede considerarse desde el punto de vista cognitivo, entendida como la valoración que la persona hace de su vida en general o de aspectos parciales de ésta, por ejemplo, familia, salud, estudios, trabajo, amigos o tiempo libre (Díaz y Sánchez, 2001).

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

Se pueden encontrar una serie de definiciones del término, como la ofrecida por George (1981) que define la satisfacción de vida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida; según Veenhoven (1994), es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva; finalmente Durán et al., (2005), la perciben como la evaluación global que la persona hace

de su vida, incluyendo el examen de los aspectos tangibles obtenidos, el equilibrio relativo entre aspectos positivos y negativos, comparaciones con un criterio elegido por ella y elaboración de un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción.

Partiendo de las conceptualizaciones se puede inferir que entre las condiciones que definen al ser humano, la capacidad que se tienen de evaluarse, medirse, o compararse es lo que alimenta o resulta en la satisfacción vital.

Es relevante mencionar que, con alto crecimiento existente de los adultos mayores, ha generado una necesidad de elevar la calidad de vida, por lo que han surgido una serie de estudios en cuanto a la satisfacción vital y el bienestar. Estos estudios se centran en reconocer los factores que intervienen en la satisfacción vital de los envejecientes. En la Figura 9, se realiza una síntesis de los principales trabajos realizados y sus conclusiones más relevantes:

Figura 9.. Estudios sobre factores que intervienen en la satisfacción de vida.

Conclusiones	Autores o investigadores
La satisfacción vital esta correlacionada con factores demográficos como edad, sexo, nivel de estudios y estado civil	Meléndez et al., 2009; Swami y Chamorro-Premuzic, 2009, Meléndez et. al. 2016; Fortuna, 2016
La jubilación y como el sujeto la afronta	Aymerich et al., 2010; Orgambidez y Mendoza; 2006,
Patrón de actividades cotidianas; son la base de algunas teorías explicativas del envejecimiento.	Villar et al., 2006
Existen diferencias significativas en el estado civil, siendo el grupo de los viudos el que menor satisfacción obtenía, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción.	Acock y Hurlbert, 1993; Diener y Seligman, 2002; García 2002; Meléndez et al., 2007; Triadó, 2003; Wood et al., 1989.
Mayor nivel de estudios mayor satisfacción vital	García Martín (2002), Pinqart y Soressen (2001)
La participación, integración y apoyo o el buen estado de salud físico y mental son claros predictores de altos niveles de satisfacción	Golpe (2005) Vázquez et al., 2012

En este punto, aunque se ha hecho una relación entre algunos aspectos que relacionan la satisfacción vital a elementos muy puntuales, aun no existe un modelo predictor, es decir, no hay una relación directa entre las variables (Chiriboga y Sánchez, 2005). Por lo tanto, actualmente no se ha podido resolver el dilema de determinar que es causa y consecuencia (Castro y Sánchez, 2000).

Existe dos teorías confrontadas que pretenden dar contestación a lo trazado anteriormente:

- a) La perspectiva del Botton Up se plantea que las variables frecuentemente tratadas en los estudios sobre la satisfacción (acontecimientos del ciclo vital, áreas vitales, estándares de referencia, expectativas, aspiraciones, etc.) son las responsables de la satisfacción de la vida como un todo. Así la satisfacción se entiende como una sumatoria de estas variables, siendo el resultado de haber tenido muchos momentos felices en la vida;
- b) Por el contrario, la perspectiva de Top Down, completamente opuesta a la anterior, supone que el bienestar general de las personas es el responsable de las otras variables comentadas.

En conclusión, es relevante mencionar que la satisfacción vital es una constante que puede variar muy poco a lo largo del tiempo, si bien es significativo tener en cuenta que aunque existe una evidente permanencia esto no quiere decir que, no puedan existir alteraciones en la misma, en este sentido Ranzijn (2002) comunica de la jerarquía del contacto social y las relaciones interpersonales y señala que existe un progresivo reconocimiento de que la salud psicológica y la salud física, depende al menos en algún grado de sentirse integrado a una comunidad.

En este punto, ese apoyo social viene siendo ese aspecto relevante que podría dirigir la satisfacción vital, es decir un predictor, que asume también la felicidad y las relaciones afectivas. La necesidad de pertenencia y de relacionarse socialmente está dada por el carácter de protección y de reconocimiento que necesita el ser humano (Cuadra y Florenzano, 2003). Mantener relaciones positivas con amigos, en las que existe intimidad, seguridad y apoyo influye de forma muy significativa en la satisfacción vital (Brown, et, al.,1993).

Partiendo de lo anteriormente señalado, se inicia un proceso de creación de políticas sociales, programas de intervención, terapias cognitivas, etc. que desde una perspectiva basada en la psicológica positiva, se intenten fortalecer las variables o factores antes mencionados, logrando así facilitar que los adultos mayores puedan percibir los aspectos positivos, no solo de su desarrollo personal y social, sino también del contexto que los rodea; de esta manera se mejora la valoración general del sujeto y se logra una mayor satisfacción, por lo que el sujeto podrá enfrentarse desde un envejecimiento óptimo a los procesos de déficit o pérdida contrarrestando las enfermedades, manteniendo una mayor satisfacción vital y logrando un envejecimiento exitoso (Fortuna y Meléndez, 2016).

2.6. Bienestar Psicológico

El tema de bienestar es un tema complejo para el cual existen diversas posturas conceptuales, y diversidad de enfoques (García y Hombrados, 2002). Algunos autores consideran al bienestar como la percepción subjetiva de sentirse bien, de buen humor, de la satisfacción; dependiendo este estado, de las condiciones sociales, personales y de cómo los individuos se enfrentan a ellas, considerando la sociedad y la interacción entre individuos en ella (Ortiz y Castro, 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) define a la salud mental desde el bienestar en el que el individuo se da cuenta de que sus habilidades pueden ayudarle a hacer frente al estrés propio de la vida, puede trabajar de manera productiva y prolífica, y es capaz de hacer contribuciones a la comunidad.

Desde la conceptualización del bienestar subjetivo unido a las nociones de prosperidad y satisfacción vital, en los últimos 20 años se ha desarrollado una concepción alternativa denominada bienestar psicológico, que como indican Ryan y Deci (2001), sitúa la noción de bienestar en el proceso y obtención de aquellos valores que hacen sentir a los sujetos activos y legítimos, que los hace progresar como personas y no tanto en las acciones que dan placer sino también en aquella que provocan dolor.

El bienestar se define como la evaluación que las personas hacen de sus vidas e incluye dos componentes: uno cognitivo y otro afectivo. El primero se refiere a la satisfacción con la vida y se manifiesta mediante la congruencia percibida entre las metas deseadas y las

logradas. Por su parte, el afectivo se relaciona con los sentimientos y el estado de ánimo, así como con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas (Diener, 1984).

Ryff (1989) se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo de perfeccionar el propio potencial, relacionado con el propósito de vida, donde la vida de la persona adquiere un significado para sí misma, mediante ciertos esfuerzos de superación y consecución de metas valiosas.

Es importante destacar que el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de diversas capacidades concebidas como los principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006), Estas capacidades, fueron concebidas a partir de constructos anteriores como la autorrealización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961) o la madurez (Allport, 1961). Es relevante mencionar que a pesar de que sus teorías se enmarcan en la evolución del adulto mayor, ninguna de ellas ha tenido un impacto en los estudios del bienestar.

Como se ha mencionado la principal línea de acción del bienestar es la teoría presentada por Ryff (1989) que realizó una de las primeras indagaciones científicas a partir del perfeccionamiento de este concepto. Según ella, el bienestar psicológico es el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos, subrayándose la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas. (Ryff, 2002; Ryff y Keyes, 1995; Ryff y Singer, 2008; Vázquez et al., 2009).

El modelo planteado por Ryff (1989) y posteriormente validado (Ryff y Singer, 2008), tanto por la autora como en diversos trabajos (Fernández Abascal, 2009; Vázquez y otros, 2009; Navarro et al., 2008), está compuesto por seis dimensiones que se presentan a continuación e la Tabla 3.

Tabla 2. Modelo de Bienestar Psicológico

Dimensiones	Puntuación	Fundamentación teórica
Autonomía	Alta	Es la autodeterminación e independiente; capaz de resistir las presiones sociales para pensar y actuar de cierta manera; regula el comportamiento desde dentro.
	Baja	Expresa su preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás y basa en juicios de los demás para hacer importantes decisiones.
Dominio del Medio Ambiente	Alta	Tiene un sentido de dominio y competencia en la gestión del medio ambiente; capaz de elegir o crear contextos adecuados a las necesidades y valores personal
	Bajo	Tiene dificultad para manejar los asuntos cotidianos; se siente incapaz de cambiar o mejorar contexto circundante.
Crecimiento personal	Alta	Tiene una sensación de continuo desarrollo; ve a sí mismo como crecimiento y expansión; está abierto a nuevas experiencias; está cambiando de maneras que reflejan más auto-conocimiento y la eficacia.
	Bajo	Tiene una sensación de estancamiento personal; carece de sentido de la mejora o ampliación en el tiempo; se siente aburrido y desinteresado con vida.
Relaciones positivas con los demás	Alta	Tiene cálidos y satisfactorias, relaciones de confianza con los demás; capaz de fuerte la empatía, el afecto y la intimidad; Entiende toma y daca de las relaciones humanas

	Bajo	Tiene pocos estrecha, relaciones de confianza con los demás; le resulta difícil ser cálido, abierto, preocupado por los demás; es aislado y frustrado en las relaciones interpersonales.
Propósito en la vida	Alta	Tiene metas en la vida y un sentido de direccionalidad; se siente hay un significado para presentar y vida pasada; sostiene creencias que dan vida propósito.
	Bajo	No ve propósito en la vida pasada; no tiene perspectivas o creencias que le dan sentido a la vida
Autoaceptación	Alta	Posee una actitud positiva hacia el yo; reconoce y acepta múltiples aspectos de uno mismo, incluyendo el bien y el mal cualidades; siente positivo acerca de la vida pasada
	Bajo	Se siente satisfecho con uno mismo; está decepcionado con lo que ha ocurrido en la vida pasada; está preocupado acerca de determinado personal cualidades; quiere ser diferente a lo que él o ella es

Fuente: Ryff, C.D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization In A. S. Waterman (Ed.), The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia. Washington, DC US: American Psychological Association.

El primer estudio realizado por Ryff (1989) clarifica cómo funcionan las diversas dimensiones de la escala de bienestar psicológico; en esta se obtuvieron resultados tales como: el dominio del ambiente aumentaba entre adultos y mayores con respecto a jóvenes, y también las puntuaciones en autonomía de jóvenes a adultos; además se observó que disminuían las puntuaciones en propósito en la vida y crecimiento personal en el grupo de mayores, sin diferencias entre jóvenes y adultos. Por último, no se daban diferencias

significativas entre los tres grupos de edad en las dimensiones de autoaceptación y relaciones positivas.

Trabajos posteriores (Ryff, 1991; Ryff y Keyes, 1995; Triadó et al., 2005; Meléndez et al., 2008 y Meléndez et al., 2011), obtienen resultados similares a los obtenidos por Ryff (1989), señalando que algunas dimensiones, muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables como autoaceptación y relaciones positivas.

Concretamente autores como Abbot et al., (2006), Springer y Hauser (2006) y Tomas el al., (2012) indican que las dimensiones que mayores correlaciones obtienen con el bienestar psicológico son propósito en la vida, autoaceptación, dominio del ambiente, y crecimiento personal. Otros trabajos como los de Díaz et al., (2006) y Abbott et al., (2010), encuentran este factor de segundo orden subyacente a las cuatro dimensiones antes mencionadas, junto con los dos factores independientes, la autonomía y las relaciones positivas con los demás.

Recapitulando, los estudios transversales realizados sobre el bienestar en el envejecimiento revelaron debilidades en los aspectos existenciales del bienestar, especialmente en las dimensiones propósito en la vida y el crecimiento personal, entre los mayores en comparación con los adultos jóvenes o de mediana edad (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Clarke et al., 2000; Ryff, 2015). Pero es importante tener en cuenta que esos patrones se han validado con estudios de tipos longitudinales (Springer et al., 2011).

A partir de los trabajos pioneros de Bradburn (1969) el afecto positivo y el afecto negativo fueron descritos como dos dimensiones unipolares independientes.

2.6.1. Afecto Positivo

Según Zamarrón (2006), considera que el bienestar subjetivo está constituido por tres elementos fundamentales e interrelacionados: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y niveles bajos de afecto negativo. El afecto positivo puede ser evaluado a través de emociones específicas como gozo, afecto y orgullo, Una persona que tenga experiencias emocionales positivas probablemente perciba su vida de manera satisfactoria y positiva.

Por otra parte, desde enfoques más actuales, como el de la psicología positiva, se prefieren términos como "aspectos afectivo-emocionales" para hacer alusión a los estados de ánimo por los que atraviesa una persona y que, en conjunto con un factor cognitivo, conforman los cimientos para el bienestar subjetivo (Cuadra y Florenzano, 2003), constructo que asiste en la predicción del grado de satisfacción con la vida que posee un individuo sobre la situación actual que vive.

Concibiendo así al afecto positivo como un constructo dimensional (no categorial) que incluye todos aquellos estados afectivos con valencia positiva como alegría, entusiasmo, enamoramiento, etc..

2.6.2. Afecto Negativo

El afecto negativo puede medirse a partir de sentimientos tales como vergüenza, culpa, tristeza, ira o ansiedad. El afecto negativo parece disminuir a medida que el sujeto envejece (Zamarrón, 2006). Afecto negativo que también es concebido como dimensional e incluye los estados afectivos negativos tales como tristeza, ira, miedo, ansiedad, etc.

2.6.3. Aspectos Asociados a la Satisfacción con la Vida y el Bienestar

Existen diversos factores que determinan el envejecer de una manera exitosa, incluyendo aspectos como el género, la educación o la vida laboral, pero también características relacionadas con la salud, las condiciones cognitivas y multitud de aspectos psicosociales. La integración social, ser competentes y que las posibilidades de presentar deficiencias son modificables (Mroczek y Kolarz (1998).

Autoestima (Izal y Montorio, 1993), la actividad social (Okun et al.,1984), el afrontamiento (Vera Noriega et al., 2005), los rasgos de personalidad (Librán, 2006), apoyo social (Muchinick,1984), el nivel y el estilo de vida (García-Viniegras y González-Benítez 2000), el estado funcional y la salud (Izal y Montorio, 1993).

2.6.3.1. Género

Cuando se analiza el género relacionado con el envejecimiento, se puede dejar de notar que existe una brecha marcada en la expectativa de vida entre hombres y mujeres, las mujeres viven entre 4 y 10 años más que los hombres (AARP, 1990). Hay varias teorías que explican esta brecha, una de ellas se refiere a las hormonas femeninas (estrógeno y

progesterona) que brindan protección contra algunas enfermedades, por ejemplo, el infarto de miocardio, por otro lado, es posible que las mujeres mantengan conductas más saludables durante toda la vida, pero no existe evidencia empírica que respalde estas afirmaciones (DiGiovanna, 1994).

Algunos estudios muestran una diferencia con relación al género, cuando se habla de envejecimiento exitoso, por ejemplo, Deep y Jeste (2006) en una revisión de un estudio longitudinal encontraron que el género femenino experimenta mayores niveles de envejecimiento exitoso que los hombres, mientras que solamente un estudio encontró resultados inversos (Ford et al., 2000). Sin embargo, cuando se habla de envejecimiento en términos biológicos los hombres han puntuado más alto que las mujeres (Rowe y Kahn, 1997).

Con respecto a la variable género, Haring et al., 1981 (1984, citado en García, 2002) encontraron que los varones obtienen puntuaciones ligeramente más arriba de satisfacción con la vida, a diferencia de las mujeres. Esto se debería a que las mujeres perciben menos control sobre sus vidas que los varones debido a más actitudes de indefensión en edades más tempranas. Sin embargo, esto difiere cuando las edades disminuyen, ya que las mujeres jóvenes se sienten más satisfechas que los varones, mientras que las mujeres mayores este nivel es menor. Según Ortiz y Tapia (2013), quienes realizaron un estudio en adultos mayores de Arequipa concluyó que el género si presenta una relación con la satisfacción vital, ya que se encontró que las mujeres presentan mayor nivel de satisfacción en comparación con los varones.

2.6.3.2. Nivel Educación

El envejecimiento con éxito es un proceso en donde el nivel educativo ejerce una gran influencia (Cho et al., 2015). El envejecimiento está, a menudo, acompañado por una disminución en la función cognitiva. Durante la duración de la vida, la velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y memoria a corto y largo plazo parecen declinar (Park et al., 2002), junto con los correspondientes cambios en la función cerebral. Aunque algunas pérdidas relacionadas con la edad son inevitables, el descenso de las capacidades mentales no es uniforme para todos los individuos (Fleischman, et al., 2004). Esto sugiere que es

posible llegar a un envejecimiento con éxito con muchas de las facultades cognitivas intactas. Mediadores propuestos para disminuir la capacidad mental incluyen la aptitud física (Colcombe et al., 2004) y la educación (Richards y Deary, 2005). Pocos estudios han investigado la relación entre la educación y la anatomía del cerebro. Moreta-Herrera et al. (2008) explicaron la interrelación entre actividad física y educación durante el envejecimiento sobre la anatomía del cerebro y la función cognitiva, obteniendo correlaciones positivas.

De manera similar a la forma física, la educación ha surgido como un importante factor en el envejecimiento exitoso (Vaillant y Mukamal, 2001). Por ejemplo, los niveles más altos de educación pueden contribuir al rendimiento de la memoria mediante el aumento de la actividad cerebral en los lugares frontales durante la vejez (Christensen et al., 2007). La educación sirve para mejorar la función cognitiva y también puede retrasar el deterioro mental en los últimos años.

Al mismo tiempo, la educación podría tener un efecto directo debido al "uso", como se ha visto con factores psicomotores (Draganski et al., 2004), o un efecto indirecto a través de su influencia en los hábitos de vida como la nutrición, el ejercicio y la salud. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que los niveles más altos de educación podrían ser un indicador de una serie de influencias que pueden afectar la función y estructura del cerebro, tales como la mejora del acceso a servicios de salud, una mejor dieta y entornos de vida menos estresantes, traduciéndose en un mejor envejecimiento.

En relación con la variable educación, se ha observado que el nivel educativo puede tener una influencia indirecta en el nivel de satisfacción, ya que las personas que cuentan con mayor nivel educativo presentan mejores ingresos y cuentan con medios para conseguir sus metas. Sin embargo, una vez controladas las variables como ingresos y estatus, la educación no se observa tan relevante (García, 2002).

De igual manera Veehoven (1994), menciona que, en los países pobres, la correlación entre nivel educativo y satisfacción vital es alta, a diferencia de los países ricos, que presentan correlaciones bajas. Ortiz y Tapia (2013) encontraron que el nivel educativo presenta correlaciones significativas con la variable satisfacción vital, explicando que, aquellas

personas mayores que tienen cierto grado de nivel educativo pueden seguir desarrollándose laboralmente o posterior a la jubilación, disfrutar tomando otros roles.

2.6.3.3. Vida Laboral

Las fuerzas de trabajo en muchos países están envejeciendo y los responsables políticos y organizaciones están reteniendo a los empleados más antiguos tanto tiempo como sea posible. Esto es lo que se denomina vida laboral. En este contexto, la expresión de envejecimiento con éxito en el trabajo y términos relacionados como activa, saludable y envejecimiento productivo han llegado a ser populares entre los investigadores (Zacher, 2015).

El concepto de envejecimiento exitoso asociado a lo laboral está relacionado con la capacidad de adaptarse a la edad y a la salud, así como el mantenimiento de las relaciones positivas y el crecimiento relacionado al trabajo, siendo importantes la seguridad personal y también la consecución de metas y objetivos personales (Robson y Hansson, 2007).

El total abandono del trabajo no es la única opción entre las personas de edad avanzada, de hecho, algunos expertos opinan que la sociedad en un futuro puede tener carestía de mano de obra, y que innecesariamente se desperdicia valiosa mano de obra, jubilando tempranamente a las personas, o que el aumento de la población impondrá una fuerte presión para el pago de pensiones que las personas en edad “productiva” no pueden subsanar (Craig, 2001).

En los países en donde los adultos mayores tienen acceso al trabajo remunerado se ven beneficios para el bienestar de los adultos mayores, incluso el aumento de la longevidad, constituyendo el trabajo una parte de la identidad, mejorando la autoestima, la nutrición, fortalecimiento de vínculos sociales, oportunidades de actividad física además de la remuneración obtenida (Peña, 2020).

2.6.3.4. Salud

Si bien el tema de la salud como parte de un envejecimiento exitoso procede de un modelo médico (Fries, 1989), aún se consideran valiosos ciertos aportes desde esta visión, como el establecimiento de las condiciones y factores modificables y no modificables que ocurren en el transcurso de la vida, enfatizando el hecho de prevenir las enfermedades y

promover conductas saludables. A pesar de ello el aumento de los niveles de discapacidad funcional constituyen un problema importante en la actualidad (Friedman, et al., 2002; Martín, et al., 2015), es así que los adultos con sobrepeso, fumadores, con problemas de alcohol y otros con enfermedades crónicas son más propensos a tener una mala salud funcional (Fries, 2002).

Dentro de los procesos físicos del envejecimiento a los que debe adaptarse el adulto mayor, se describe también la hipótesis de la lentitud periférica, teoría que sugiere que la velocidad general del procesamiento disminuye en el sistema nervioso periférico, el cual abarca los nervios que ramifican la médula espinal y cerebro, alcanzando las extremidades del cuerpo, y explicaría por qué las personas se vuelven más lentas con la edad para realizar tareas básicas, como ponerse una corbata o alcanzar un teléfono que está sonando (Melzer, et al., 2004).

La disminución de los sentidos es otra de las preocupaciones en los adultos mayores, aunque generalmente presentan detrimentos, hay mucha variación de persona a persona, pero su disminución trae grandes repercusiones psicológicas para quien lo sufre, ya que los sentidos son la forma de comunicación con el mundo exterior (Feldman, 2007). La vista presenta cambios relacionados con la edad, por el deterioro del aparato físico del ojo (córnea, cristalino, retina, nervio óptico), reduciéndose la visión en varias dimensiones, lo cual produce dificultades en la vida cotidiana, como conducir o leer, sin embargo, el uso de lentes mejora razonablemente algunas de estas dificultades (Owsley et al., 2003).

Algunas enfermedades del ojo también son comunes, como por ejemplo las cataratas, o el glaucoma en estos casos es necesario realizar intervenciones quirúrgicas, En el caso de la pérdida auditiva el 50% de adultos mayores de 75 años la padecen. El envejecimiento afecta particularmente la capacidad de un individuo para escuchar las frecuencias más altas cuando existen diferentes ruidos en el ambiente, siendo la pérdida auditiva particularmente perjudicial para la vida social de los adultos mayores, propiciando el alejamiento de los grupos sociales y la soledad (Meister y Von, 2003).

2.6.3.5. Factores Psicológicos (Ansiedad, Depresión)

En referencia a enfermedad y género, en la vejez, tenemos que la depresión, por ejemplo, representa el doble de casos encontrados en las mujeres adultas mayores que en los hombres, y también aumenta de acuerdo al estado civil, siendo de mayor prevalencia en personas separadas y viudas que en las casadas, así mismo el grado de depresión es mayor en las personas con menor nivel educativo (primaria) en relación que las personas que tienen estudios universitarios, finalmente el nivel de ingresos económicos es inversamente proporcional al grado de depresión encontrado, mientras más ingresos menor niveles de depresión encontrados así como la relación entre depresión con apoyo social, a menor apoyo mayor grado de depresión (Quintero et al., 2015).

Entre los factores psicosociales de riesgo individuales que, de acuerdo con las investigaciones científicas más actuales en concepción son esenciales en la ocurrencia de la depresión, se encuentran: presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los psicólogos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante (Torres, 2015).

La depresión del anciano no es bien conocida. La mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúan en la población joven, sin embargo, el envejecimiento poblacional, hecho actual con una tendencia clara a incrementarse en el futuro, tal vez conlleve a que el rango de edad en la prevalencia de la depresión vaya desplazándose progresivamente hacia las edades avanzadas. Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas (Torres, 2015).

2.6.4. Apoyo Social (Redes)

Para (Lin et al.,1986; como se citó en Baca, 2016, p.178) el apoyo social son las "provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos".

Fernández y Navarro (2009) definen el apoyo social como la provisión y recepción de bienes, servicios y beneficios, tangibles (transporte, ayuda cuando está enfermo, económica) e intangibles (consejo, información y compañía). Menciona que el apoyo social reduce los niveles de estrés ante situaciones difíciles.

Al describir el concepto de apoyo, una de las definiciones más citadas lo refiere como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza, sin soslayar que estas provisiones se pueden producir en situaciones cotidianas o de crisis (Meléndez et.al., 2007).

El estudio del apoyo social surge como modelo teórico en los años setenta, sin embargo, ya desde los inicios de los años cincuenta, los investigadores comenzaron a interesarse sobre el efecto y la importancia de las relaciones sociales en la salud mental de las personas (Ravello, 2018).

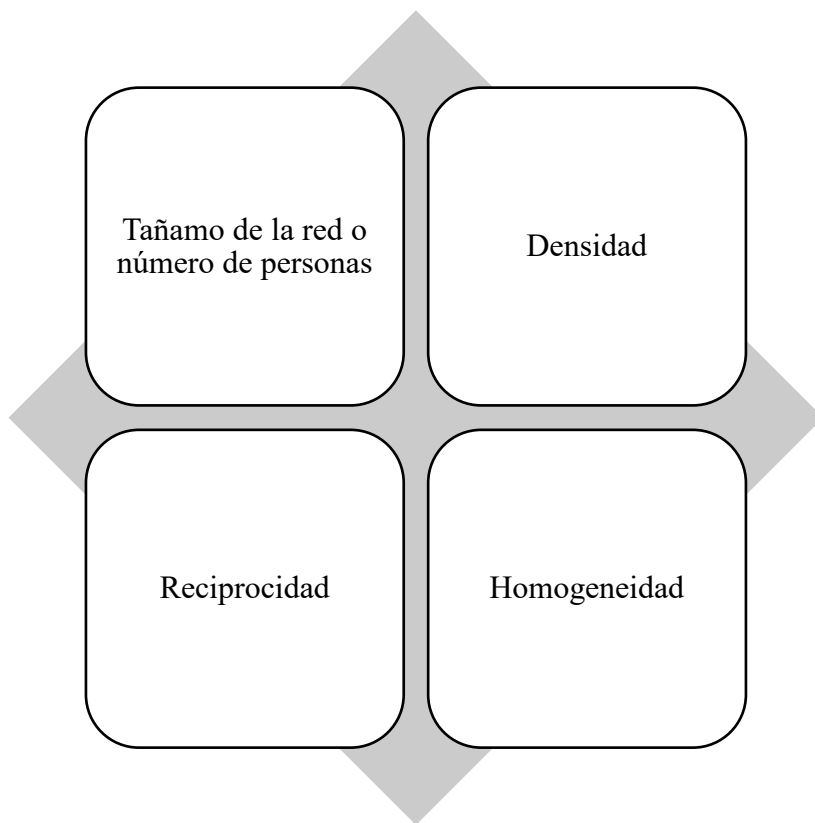
A inicios del siglo XX, donde las sociedades industrializadas caracterizaban a esa época, uno de los estudios claves fue el de Emile Durkheim, quien estudió las altas tasas de suicidios en la población, concluyendo que la disolución, alejamiento de lazos sociales (como familia, religión, sociedad) generaba mayor probabilidad de suicidio (Gallardo, 2013).

Es así como Cassel y Cobb citado por Fernández (2005), mediante sus investigaciones concluyen que, las personas que están expuesta a situaciones estresantes y cuentan con apoyo social, no presentan descenso en el nivel de salud física y mental, a comparación de aquellas que no cuentan con apoyo en la misma circunstancia (Gallardo, 2013). Sin embargo, el apoyo, así como la red social, no es constante y experimenta transformaciones a lo largo del desarrollo y modificaciones, no sólo cualitativas sino cuantitativas. Al analizar el ciclo vital se puede observar cómo en los primeros años de vida la red social es prácticamente inexistente y está centrada en las conductas de apego; tales sentimientos se desarrollan a

medida que el niño incrementa la confianza en sus cuidadores principales, así como en las personas importantes de su entorno (Lin y Ensel, 1989).

Las principales características que debe poseer una red social son las que se plantean en la Figura 10.

Figura 10.. Características de la red social



Fuente: Elaboración propia (Gallardo, 2017)

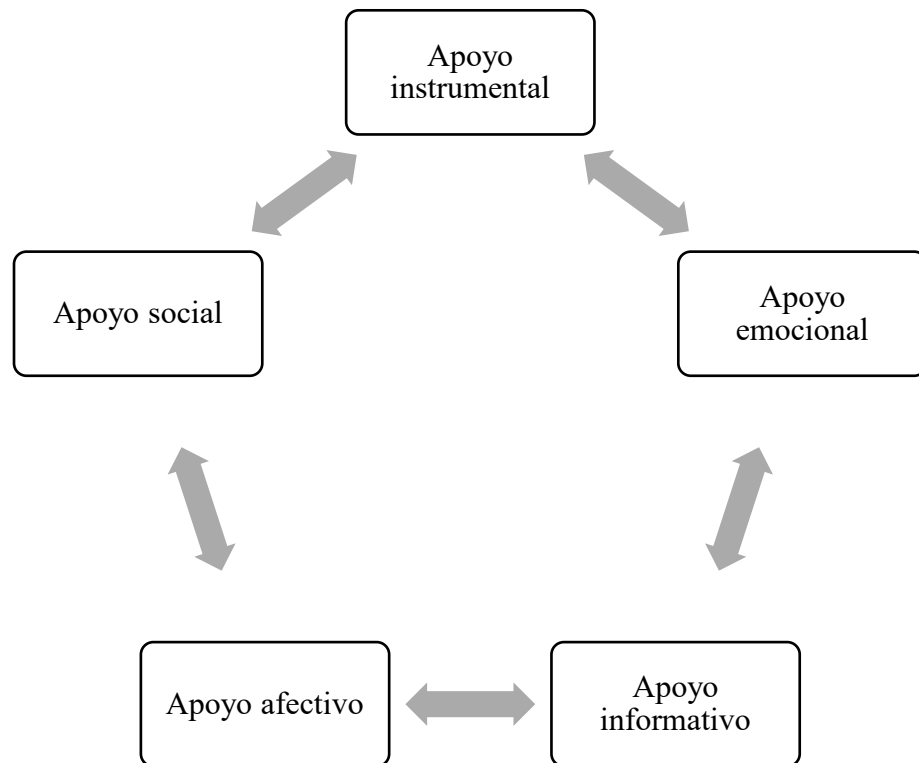
2.6.4.1. Tipos de Apoyo

Según Mendoza y Martínez (2009), existen cuatro tipos de apoyo: el cognitivo, apoyo material, apoyo instrumental y apoyo emocional. Mientras que Fachardo, et al., (2013) menciona cinco dimensiones:

- a) Apoyo emocional: Se refiere al cariño y la empatía que recibe el individuo. Este tipo de apoyo es el más importante para las personas.

- b) Apoyo informativo: Se refiere al proceso del cual las personas reciben consejos, orientaciones, con el fin de ayudar al receptor a encontrar una solución.
- c) Apoyo Afectivo: Hace referencia a las expresiones verbales y no verbales de afecto, cariño hacia la otra persona.
- d) Apoyo Instrumental: Cuando se brinda ayuda material (como dinero, alimentación, etc.) siendo esta la solución del problema.
- e) Interacción Social Positiva: Se refiere a la disponibilidad para divertirse, realizar pasatiempos, distraerse.

Figura 11. Tipos de Apoyo



2.6.4.2. Apoyo Social

El apoyo social es un factor importante que ayuda a las personas a afrontar de mejor manera los acontecimientos estresantes del ciclo vital, especialmente en la vejez (Lang y Carstensen, 2002). Se define al apoyo social como la interacción del adulto mayor con sus parientes, amigos y vecinos, siendo este factor protector contra el maltrato, ya que tienen personas que los escuchen, les ayuden con las tareas o estén disponibles para ellos (Lee, et al., 2011).

Una de las definiciones más utilizadas ha sido la de Rowe y Khan (1997) en donde las participaciones activas de las personas de la tercera edad están limitadas al mantenimiento de las relaciones interpersonales, así como la intervención en actividades productivas, en esta investigación tomaremos el concepto de Khan y Antonucci (1980) que da prioridad al apoyo social como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto, y afirmación.

Es relevante mencionar que las estrategias de afrontamiento orientada a la resolución del problema siguen un norte en la búsqueda de apoyo social. Esta estrategia se basa en la búsqueda constante de aceptación y apoyo de los demás, incluyendo la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual. Es importante destacar que, la búsqueda de apoyo social, con fines instrumentales, informativos y emocionales, es una forma de afrontamiento frecuente, que una gran cantidad de sujetos lo utilizaban para enfrentar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo, aunque generalmente se asociaba a descargar emociones más que a buscar apoyo (Thayer et al., 1994).

En este sentido, debe señalarse que no existe un total acuerdo en relación a si esta estrategia es de tipo emocional o de solución de problemas. El trabajo de Tomás et al., (2012) con una muestra española de jóvenes, adultos y mayores señala que un interesante resultado de la estructura del afrontamiento evaluada mediante análisis factorial confirmatorio señalan que el modelo ajusta mejor cuando esta dimensión satura en ambos factores de orden superior que cuando es toma de forma independiente, aunque sus saturaciones son similares. Otros autores como (Tobin et al., 1989, Lazarus, y Folkman, 1984) han obtenido los mismos

resultados, siendo el apoyo social una dimensión que satura de forma positiva en ambos factores.

Según Rodríguez-Marin et. al., (1993), el apoyo social puede originar la adaptación del sujeto a través de su impacto sobre el mismo proceso de afrontamiento. El interés que un sujeto puede tener en descifrar o confirmar lo que le está ocurriendo, así como la información o consejo de ciertas personas significativas para el sujeto, lo puede ayudar a evaluar una situación estresante y finalmente a tomar decisiones sobre el tipo de estrategia que usará. De forma indirecta ese apoyo que también se va al plano emocional, puede incrementar su autoestima y su sensación de control facilitando la puesta en marcha de sus estrategias de afrontamiento.

La búsqueda de apoyo social se asocia efectivamente a la ponderación de afectos en la generalidad de los casos (Compas, et al., 2001), no obstante, debe tenerse en cuenta que el apoyo instrumental, informativo no se asocian a la balanza de afecto (Campos 2001; Penley et al., 2002), sugiriendo que la búsqueda de apoyo no siempre es en sí misma adaptativa y depende de con que otras formas de regulación se una.

En otros estudios realizados el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas (Díaz y García, 2008). Por lo tanto, el apoyo social es un elemento preservador de la salud en los envejecientes, al refrenar los efectos perjudiciales del estrés y favorecer al bienestar y satisfacción con la vida (Aguerre y Bouffard, 2008; Fernández et al., 2000).

Las fuentes de apoyo social en las personas mayores pueden distinguirse entre formales e informales, la primera posee organización burocrática y objetivos específicos en áreas determinadas, contando con profesionales o voluntarios que intentan garantizar el logro de sus metas (Sánchez, 1994) mientras que el sistema informal está constituido por las redes personales y las comunitarias, como la cohabitación con la familia, muy común en el adulto mayor, al menos en nuestro contexto, y las redes de amigos y vecinos que son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas (Huenchuan et al., 2003).

2.6.4.3. Apoyo Familiar

Las familias se constituyen en el principal referente de los individuos y la sociedad. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia (Jáuregui et al., 2006).

El mejoramiento de las condiciones físicas y mentales de las personas mayores da cuenta de que un grupo importante de la población que ha alcanzado más de 60 años y que establece el cese de la vida laboral y el inicio de la vejez, continúa o desea continuar realizando una variedad de actividades productivas y contribuyendo significativamente al desarrollo y bienestar de la familia y la sociedad; es por ello que las personas mayores participan activamente en una diversidad de ocupaciones de la vida cotidiana colaborando notoriamente en las dinámicas diarias de la familia y la comunidad que los rodea dentro de las posibilidades que le otorga su condición física y mental (Miralles, 2011).

Aunque la sociedad tiende a considerar que los miembros de la familia son responsables del cuidado del otro, el límite de las obligaciones filiales y maritales varía en las distintas culturas, de acuerdo con la familia, y cada miembro en particular. La disposición de los miembros de la familia para atender a un paciente anciano puede reforzarse con la contribución de servicios de apoyo y servicios complementarios. Los servicios complementarios pueden ser proporcionados en forma regular o en apoyo al familiar durante algunas horas o días. Algunos adultos mayores con importantes necesidades de atención no tienen familiares o amigos disponibles, dispuestos o capaces de brindar atención y viven con necesidades insatisfechas y, a veces, en aislamiento social (Kaplan, 2021).

2.7. Resiliencia

La resiliencia es comprendida como el dominio de recursos personales y factores contextuales que permiten un afrontamiento exitoso y el logro de una adaptación positiva ante los diferentes estresores que aparecen a lo largo de la vida, siendo así importante dentro del proceso de envejecimiento saludable y exitoso. En la actualidad se han desarrollado

instrumentos breves para la medición de la resiliencia como la escala breve de resiliencia (*BRCs - Brief Resilient Coping Scale*) que evalúa la capacidad de los individuos para hacer frente al estrés de manera adaptativa (Rodríguez et al., 2018).

El concepto de resiliencia en el envejecimiento nació de la "Paradoja de la vejez". La paradoja plantea que, a pesar de quebrantos y depreciaciones físicas experimentadas en las últimas etapas del ciclo vital, los adultos mayores reportan tener mejor adaptación y tienen menores tasas de psicopatología que la población general. Estos procesos son conocidos con el nombre de resiliencia. Desde la psicología positiva se considera un constructo que promueve el bienestar y la salud, tanto en personas con o sin patologías (Pan y Chan, 2007).

En todas las etapas del ciclo vital las personas están necesitadas de realizar ajustes y regulaciones en sus pensamientos, conductas, creencias y relaciones, con el objetivo de lograr una mejor y más satisfactoria adaptación consigo mismo y con su entorno. Actualmente se admite que el desarrollo individual no se produce con ausencia de dificultades sino a pesar de las dificultades. En ocasiones, las dificultades pueden ser muy grandes y suponer barreras al desarrollo normal, como en el caso de algunas discapacidades. En otras, son oportunidades para poner en juego nuevos recursos y soluciones. La dinámica de las ganancias y las pérdidas ante las situaciones complicadas de la vida es parte del desarrollo normal (Meléndez et al., 2017).

Las diversas definiciones de la resiliencia la entienden como la habilidad para adaptarse positivamente a las situaciones de adversidad (Uriarte, 2005). El paradigma de la resiliencia se introdujo en la etapa de la vejez a partir de la década de los 90 (Staudinger et al., 1995). Esta perspectiva modificó el anterior modelo que asociaba envejecimiento con pérdidas, destacando que las personas mayores mantienen y manifiestan altos niveles de funcionamiento adecuado a pesar de las circunstancias adversas y de las pérdidas. Los procesos reguladores y de adaptación identificados con la resiliencia están presentes en todas las edades de la vida, aunque no sean los mismos en todas ellas.

Desde la segunda mitad del siglo XX se viene estudiando, el término resiliencia. Este, tiene su origen etimológico en la palabra latina "resilio" que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006; Luthar, 2006). En el campo de la Psicología, el

término resiliencia cobra importancia a través de los trabajos de Rutter, quien considera que la resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices; es más bien, la habilidad para continuar adelante a pesar de ello (Rutter, 1986, 1993, 2006). Es importante destacar que, aunque son diversos los enfoques del término y quizás los ángulos desde donde la conceptualicemos pueda variar, pero una gran cantidad de ellos se basan en el mismo concepto básico de resistir, adaptarse y rehacerse. (Domínguez, 2005; Lösel et al., 1989; Milgran y Palti 1993; Osborn, 1993; Vanistendael, 1994).

En la vejez la resiliencia resulta del funcionamiento “ordinario”, normativo, no excepcional, de recursos y procesos de autorregulación: relaciones significativas y apoyos sociales, oportunidades para el éxito, actitudes positivas, conviviendo en entornos saludables. En consecuencia, los problemas aparecen y tienden a persistir cuando esos sistemas de regulación y adaptación humanas no son prioritarios o están alterados como consecuencia de la adversidad.

Pese al complejo y sombrío panorama presentado, la mayoría de las personas son capaces de desarrollar procesos que les permiten afrontar, adaptarse y prosperar de cara a situaciones tan estresantes y adversas como pueden ser el envejecimiento en sus aspectos individuales, sociales y simbólico-culturales. Aunque la capacidad de recuperación rara vez se asocia con los adultos mayores porque experimentan la pérdida y el deterioro, los adultos mayores utilizan con mayor frecuencia la re-evaluación positiva para enfrentar condiciones estresantes que las personas jóvenes (Diehl et al., 1996). Por lo tanto, el bienestar aumenta en esta etapa de la vida (Vera et al., 2005).

En la vejez la resiliencia resulta del funcionamiento “ordinario”, normativo, no excepcional, de recursos y procesos de autorregulación: relaciones significativas y apoyos sociales, oportunidades para el éxito, actitudes positivas, conviviendo en entornos saludables. En consecuencia, los problemas aparecen y tienden a persistir cuando esos sistemas de regulación y adaptación humanas no son prioritarios o están alterados como consecuencia de la adversidad (Arciniega, 2014).

Tabla 3. Categorías de atributos que caracterizan la personalidad Resiliente.

Categoría	Características	Atributos Personas Resiliencia
Patrón de disposición	Atributos físicos y psicosociales relacionados con el ego.	Inteligentes, Historial de buena salud, buena apariencia física, y la complexión atlética, Temperamento que provocan la atención positiva de los cuidadores primarios (padres) son también indicativos de la resiliencia Los factores psicosociales: Sensación de dominio, La autoestima positiva, Confianza en sí mismos La creencia en la auto-eficacia Autonomía y la autosuficiencia)
Patrón relacional	Características de los roles y relaciones	La naturaleza intrínseca de las relaciones se refleja en un profundo compromiso con las relaciones y el desarrollo de la intimidad personal. Intereses sociales extrínsecos: como un compromiso con la educación, el empleo, y actividades sociales.
Patrón situacional,	Capacidad de evaluación cognitiva, resolución de problemas, y los atributos que indican una capacidad de acción para hacer frente a una situación.	Evaluación realista de la capacidad de actuar y de las expectativas o las consecuencias de esa acción. Conciencia de cambios en el mundo y uso estrategias de afrontamiento apropiadas. Reflexionar sobre las nuevas situaciones Búsqueda de la novedad y la exploración de la naturaleza. La creatividad
Patrón filosófico	La creencia Personales.	Creencia de que el auto-conocimiento es valioso y la reflexión sobre uno mismo y los acontecimientos contribuyen a ese patrón.

Fuente: adaptada de Polk, 1997. Toward a middle-range theory of resilience. ANS Adv Nurs Sci. 19(3): 1-13.

Capítulo III: Método

El abordaje empírico se lleva a cabo en este tercer capítulo. Considerando los procedimientos, la muestra y su descripción, los instrumentos utilizados para cada variable. Presentamos, además, los análisis de los datos para responder a través de ellos a los objetivos de la investigación.

3.1. Participantes y Procedimientos

La muestra estaba formada por 289 personas adultas, de las cuales un 52.8% eran hombres y un 47.2% mujeres, su edad estaba comprendida entre los 20 y los 93 años ($M=68.09$, $DT=13.15$). Respecto a los datos sociodemográficos se pueden observar con más detalle en la Tabla 1, la mayor parte de la muestra, un 48.1%, estaba casada, había cursado estudios superiores (41.2%), universitarios, máster o doctorado, y se encontraban trabajando en el momento en que se les pasó la encuesta (48.2%). Por lo que respecta al tipo de religión que profesaban, una gran parte de la muestra dijeron ser católicos (42.2%) y otra evangélicos (22.8%).

3.2. Descripción De la Muestra

Tabla 4. Descriptivos de la muestra

	N	%
Mujeres	152	52.8
Hombres	136	47.2
Estado civil		
Casado	136	48.1
Soltero	53	18.7
Divorciado	29	10.2
Viudo	65	23.0
Estudios		
Ninguno	9	3.4
Primaria/básico	95	35.6
Bachiller	46	17.2
Superiores	110	41.2

Tabla 5. *Descriptivos de la muestra*

	N	%
Situación laboral		
Sin trabajo	51	18.1
En activo	136	48.2
Tareas domésticas	48	17.0
Retirado	47	16.7
Religión		
Ateo	101	34.9
Católico	122	42.2
Evangélico	66	22.8

Las características de estas 188 personas que se consideraban religiosas se encuentran en la Tabla 6, en general un 68.3% formaba parte de su iglesia desde la infancia, de entre las funciones que desempeñaban estas personas en la iglesia la mayoría, un 67.9% de la muestra afirmaban ser feligreses. En cuanto a su nivel de religiosidad, la opinión de la muestra estaba dividida, considerándose un mayor número, el 33.5%, moderadamente religiosas

Tabla 6. *Descriptivos de las características relacionadas con la religión*

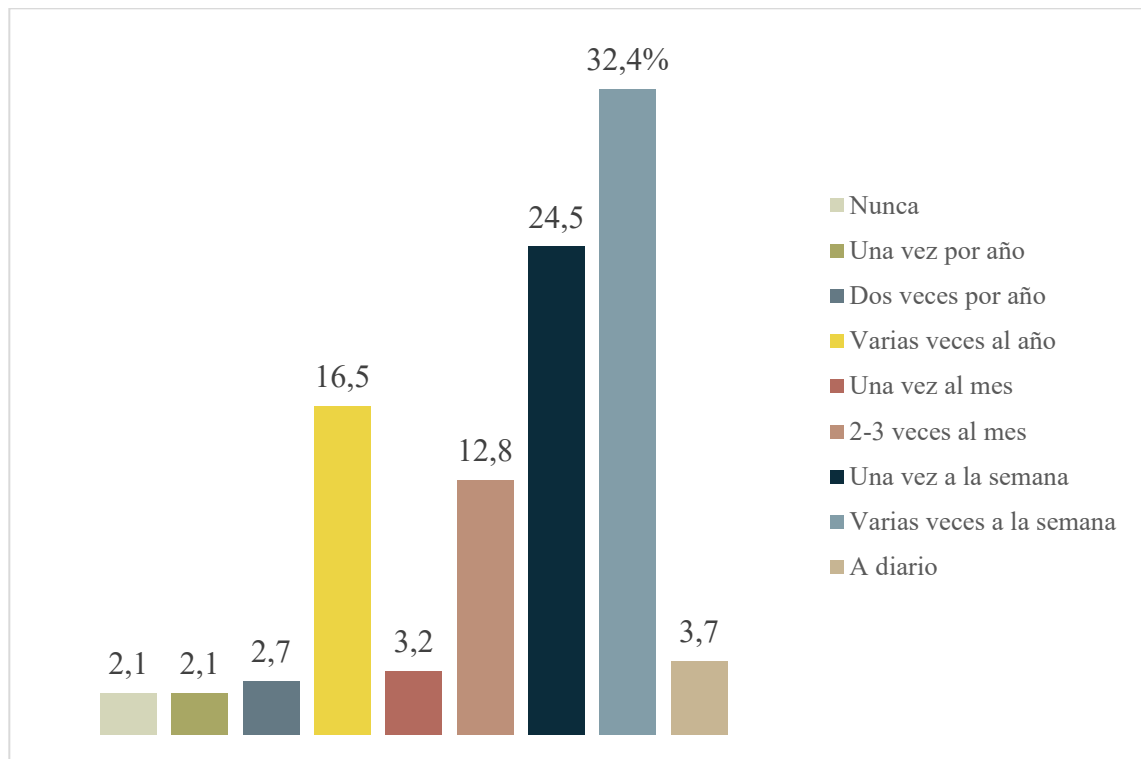
	N	%
Desde cuándo		
Infancia	125	68.3
Adolescencia	30	16.4
Adulthood	28	15.3
Función		
Líderes	34	18.5
Consejo	11	6.0
Predicadores	14	7.6
Feligreses	125	67.9
Nivel de religiosidad		
No soy religioso	37	19.7
Ligeramente religioso	37	19.7
Moderadamente	63	33.5
Muy religioso	51	27.1

Compromiso con enseñanzas

Muy poco	6	3.2
Poco	16	8.6
Medianamente	33	17.8
Suficiente	55	29.7
Mucho	75	40.5

Otras características religiosas que se midieron de la muestra fue la implicación con las actividades religiosas ya sea en el ámbito público o privado, se midieron: la frecuencia con la que asiste a los servicios o ceremonias religiosas de su lugar de culto (Figura 1), la frecuencia con la que hace oraciones a solas, excluyendo las que se hacen en el lugar de culto (Figura 2) y la frecuencia con la que recurre la persona a la religión para que le ayude a resolver los problemas de su vida (Figura 3).

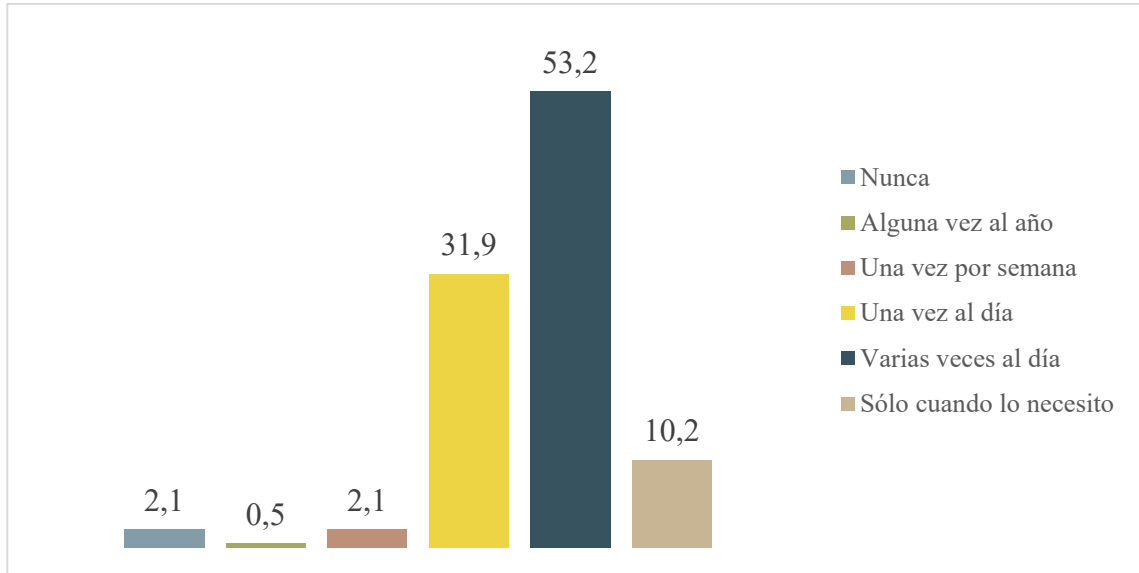
Figura 12. Frecuencia asistencia al lugar de culto



Se puede observar en la Figura 12 cómo se distribuye la muestra de participantes religiosos en función del porcentaje que dicen acudir con una frecuencia u otra a su lugar de

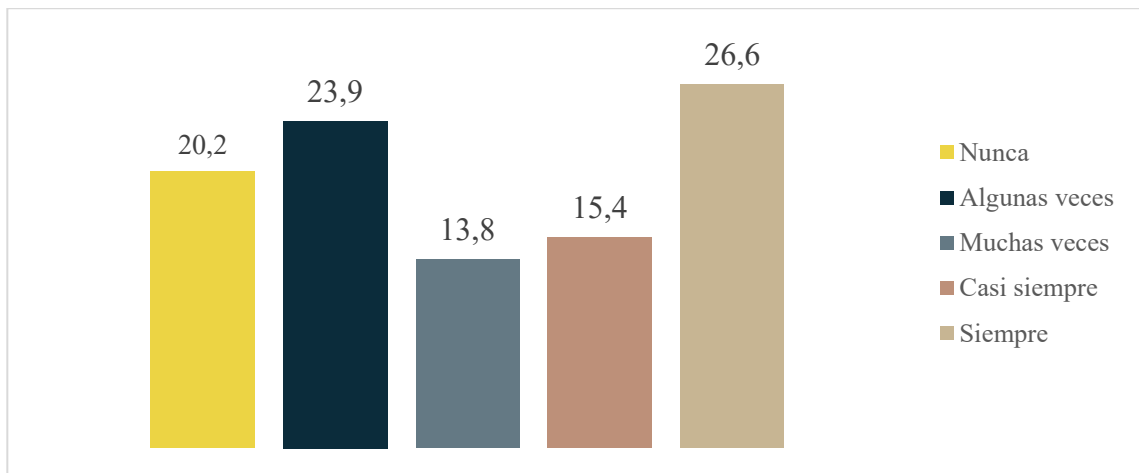
culto, vemos que la mayor parte de la muestra acude con regularidad, el 24,5%, afirman acudir a su lugar de culto una vez a la semana y el 32,4% varias veces a la semana.

Figura 13. Frecuencia de orar a solas



En la Figura 13. se puede ver que la mayor parte de muestra, el 53,2% realiza oraciones a solas varias veces al día.

Figura 14. Frecuencia de recurrir a la religión en busca de ayuda



Por último, en la Figura 14, se puede observar que las distribuciones de los porcentajes en los que la muestra afirmó recurrir a la religión para resolver o aliviar los

problemas de su vida estaban bastante distribuidos, con un mayor número de personas concentrados en las opciones algunas veces (un 23.9% de la muestra) y siempre (un 26,6%).

3.3. Instrumentos

3.3.1. Escala de Satisfacción con la vida

Para evaluar la satisfacción con la vida se usó la escala de Diener (SWLS), en su versión corta de cinco ítems (Pavot y Diener, 2008) que contiene ítems como “En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal” y “Estoy satisfecho con mi vida” contestados con una escala Likert de cinco puntos de anclaje que van desde 1 (Muy en desacuerdo) hasta 5 (Muy de acuerdo). Para esta escala la fiabilidad fue de $\alpha = .78$.

3.3.2. Escala de Soledad

La soledad se midió con la escala de soledad de Jong Gierveld de 11 ítems (De Jong Gierveld y Kampuis, 1985) que contiene ítems como “Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios” y “Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad” medidos con respuestas que pueden ir desde 1 (Nunca) a 5 (Muy frecuentemente). Esta escala ha sido previamente validada en población de habla hispana por autores como Buz y Prieto (2013) y en este análisis su fiabilidad ha sido de $\alpha = .84$.

3.3.3. Escala de Salud

La salud auto percibida se midió la escala SF-8 (Ware et al., 2001), se trata de un cuestionario breve de 8 ítems basado en la encuesta de salud SF-36 (Ware et al., 1993), validado en español por Alonso et al., 1995. La encuesta contiene un ítem de salud general “En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?” que se evalúa desde 1 (Muy mala) a 6 (Excelente) y siete ítems que evalúan distintas dimensiones de salud: funcionamiento físico, limitaciones del rol debido a problemas de salud física, dolor corporal, salud general, fatiga o falta de vitalidad, funcionamiento social, limitaciones de rol debidas a problemas emocionales, y malestar psicológico. Algunos ejemplos son “¿Cuántos dolores físicos ha tenido?” y “¿Cuánta energía ha tenido?”, estos ítems restantes se evaluaron con una escala de respuestas tipo Likert de 5 puntos desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Para la muestra analizada la fiabilidad fue adecuada $\alpha = .85$.

3.3.4. Escala de Depresión

Para medir la depresión se utilizó el CES-D de siete reactivos (CESD-7), se trata de una versión abreviada de la escala de depresión CESD-20 del Centro de Estudios Epidemiológicos validada al español por Herrero y Gracia (2007). Contiene ítems como “Tenía problemas para poner atención” y “Me sentí deprimido” cuya escala de respuestas va desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre), para estos análisis se obtuvo una fiabilidad de $\alpha = .62$.

3.3.6. Medida de Resiliencia

La resiliencia se evaluó con la Brief Resilient Coping Scale (BRCS) de Sinclair y Wallston, (2004), para este estudio se usó la traducción realizada por Limonero et al., (2014). Se trata de una medida unidimensional compuesta por cuatro ítems que evalúan la capacidad para hacer frente al estrés de manera adaptativa. Algunos ejemplos de ítems son “Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles” y “Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones”, se puntúan en una escala tipo Likert desde 1 (no me describe en absoluto) a 5 (me describe muy bien). La fiabilidad para estos análisis de la escala fue $\alpha = .78$.

3.3.7. Escala de Espiritualidad

La espiritualidad se midió con la escala de espiritualidad de Sánchez et al., (2012), consta de seis ítems como “Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas” y “Me considero una persona espiritual” puntuados en una escala tipo Likert que va desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre), en estos análisis la escala ha mostrado una fiabilidad de $\alpha = .93$.

3.3.8. Escala de Esperanza

Para medir la esperanza se ha utilizado la escala de ocho ítems Dispositional Hope Scale (DHS) (Snyder et al., 1996), traducida y validada al español por Galiana et al., (2015). En esta escala la esperanza se define como un estado motivacional positivo que se basa en una sensación interactiva de éxito y cuenta con ítems como “Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco” y “Hay muchas maneras de solucionar un problema” medidos en una escala de respuesta que va de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo). Para estos análisis la fiabilidad fue de $\alpha = .86$.

3.3.9. Escala de Autoeficacia

Como medida de autoeficacia se usó la Escala de Autoeficacia General (Schwarzer y Jerusalem, 1995), en concreto se ha utilizado la adaptación para población española de Baessler y Schwarzer, (1996). Esta escala evalúa la autoeficacia de manera global haciendo referencia a la creencia estable que la gente tiene sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana, contiene ítems como "Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga" y "Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente" evaluados en una escala tipo Likert que va desde 1 (Nunca) a 5 (Siempre). En esta muestra la escala presentó una fiabilidad de $\alpha = .92$.

3.4. Análisis Estadísticos

La fiabilidad de las escalas se comprobó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, en general para los propósitos de investigación se considera adecuada una consistencia interna igual o superior a 0.7 (Nunnally, 1994). Se han llevado a cabo pruebas de análisis de varianza (ANOVA) para probar si las medias de las variables de investigación son diferentes en función de tres agrupaciones: tipo de religión con el que se identifica la muestra (ateo, católico o evangélico) tiempo que hace que la persona pertenece a la Iglesia codificado en tres grupos (desde la infancia, adolescencia y edad adulta) y función que desempeña la persona en la Iglesia a la que pertenece (forma parte de los líderes, del consejo, es predicador o un feligrés). Con estas pruebas ANOVA, se comprobaron las diferencias de medias entre grupos en cada una de las variables. También para cada análisis, se llevaron a cabo pruebas a posteriori de comparación múltiple por pares para identificar las similitudes y diferencias entre los grupos y, además, se estimaron los tamaños de los efectos con eta-cuadrado parcial. Para la interpretación de los tamaños del efecto se siguieron las pautas de Cohen: 0.02, 0.13 y 0.26 para efectos pequeños, medianos y grandes, respectivamente (Cohen, 1992).

Con el objetivo de probar la relación entre las variables de investigación y la edad de los participantes se llevaron a cabo análisis de correlaciones usando el coeficiente de Spearman, indicado para variables de naturaleza ordinal (Schober et al., 2018). Este coeficiente puede tomar valores entre -1 y +1, donde 0 indica que no hay asociación lineal o

monótona, y valores más próximos al valor absoluto 1 indican que la relación se hace más fuerte.

Para probar si hay diferencias entre la variable género (mujer o hombre) y las variables de investigación se utilizaron pruebas t para muestras independientes con un intervalo de confianza del 95%. Se estimó la *d* de Cohen para determinar el tamaño del efecto de cualquier diferencia media significativa, para la interpretación de los tamaños de efecto se siguieron las indicaciones de Cohen: 0,20, 0,50 y 0,80 para los efectos pequeños, medianos y grandes respectivamente (Cohen, 1988).

Todos estos análisis estadísticos se realizaron en SPSS 26.

Por último, para probar un modelo predictivo de diversos aspectos de la religiosidad y espiritualidad sobre la satisfacción con la vida contando como mediadoras las variables autoeficacia, resiliencia y esperanza, se realizaron primero regresiones lineales de todos los aspectos religiosos incluidos en la investigación en cada una de las variables mediadoras (autoeficacia, resiliencia y esperanza) y se seleccionaron para el modelo aquéllos que resultaron ser predictores estadísticamente significativos ($p < .05$). Para estos análisis la variable cuál es tu función en la Iglesia se dicotomizó como parte de los líderes (líderes, consejo y predicadores) versus feligreses.

Una vez seleccionadas las variables que resultaron ser mejores predictores, se establecieron dos modelos, uno de mediación total y otro de mediación parcial. Estos modelos de ecuaciones estructurales se realizaron en MPLUS 8.8 (Muthén y Muthén, 1998–2018), que permite definir relaciones predictivas complejas y comprobar el ajuste de los datos al modelo para seleccionar el mejor. En esta investigación se comprobó el ajuste con los índices recomendados por Tanaka, (1993): chi-cuadrado, el índice de ajuste comparativo (CFI), la raíz media residual estandarizada (SRMR) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), considerándose un buen ajuste si el CFI es superior a 0,90 y el SRMR o el RMSEA son inferiores a 0,08 (Hu y Bentler, 1999).

Capítulo IV. Resultados

En este capítulo presentaremos los resultados obtenidos, divididos en partes, basados en los objetivos propuestos, una primera en relación a la relación entre la religión y sus variables y luego una proyección de la religiosidad, espiritualidad y calidad de vida.

4.1. Relación entre el tipo de religión y las variables de investigación

Tabla 7. Comparación de medias entre los grupos de religión y las variables de investigación

	Ateo	Católico	Evangélico	<i>F</i>	η^2
Satisfacción	3.75 (.79)	4.03 (.62)	4.01 (.62)	5.232***	.036
Soledad	2.45 (.79)	2.46 (.68)	2.40 (.73)	.11	.001
Salud	3.73 (.74)	3.78 (.59)	3.99 (.69)	2.46	.020
Depresión	2.10 (.53)	1.91 (.50)	1.94 (.54)	4.07*	.029
Resiliencia	3.61 (.87)	3.36 (.84)	3.78 (.82)	1.08	.008
Espiritualidad	2.21 (.94)	4.29 (.70)	4.53 (.69)	240.28***	.634
Esperanza	3.94 (.64)	4.11 (.52)	4.04 (.43)	2.55	.018
Autoeficacia	3.76 (.67)	3.80 (.59)	3.79 (.57)	.12	.001

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. En el paréntesis se presenta la desviación típica.

En la Tabla 7 se pueden observar los resultados de los ANOVA para los grupos de religión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables satisfacción con la vida, depresión y espiritualidad. En el caso de las variables satisfacción con la vida y depresión las diferencias entre grupos presentaron $\eta^2 = .036$ y $\eta^2 = .029$ respectivamente, por lo que se considerarían pequeñas, sin embargo, el tamaño del efecto para la variable espiritualidad $\eta^2 = .634$, fue grande, indicando que las diferencias entre los grupos en esta variable son mayores.

En cuanto a las pruebas a posterior de comparación por pares se presentan en las figuras a continuación. Los grupos de personas católicos o evangélicos presentaron mayores medias de satisfacción con la vida (Figura 4) y espiritualidad (Figura 9) con diferencias significativas con el grupo de ateos. En la variable depresión que se pueden observar en la Figura 7, sólo los grupos católico y ateo presentan diferencias significativas, siendo los ateos los que presentan una mayor media de depresión. El resto de las comparaciones de medias,

aunque no hayan resultado estadísticamente significativas también se han representado gráficamente para una mejor comprensión de los resultados, para la variable soledad en la Figura 5, salud en la Figura 6, resiliencia en la Figura 8, espiritualidad en la Figura 9, esperanza en la Figura 10 y autoeficacia en la Figura 11.

Figura 15. Medias de Satisfacción con la vida entre grupos de distinta religión

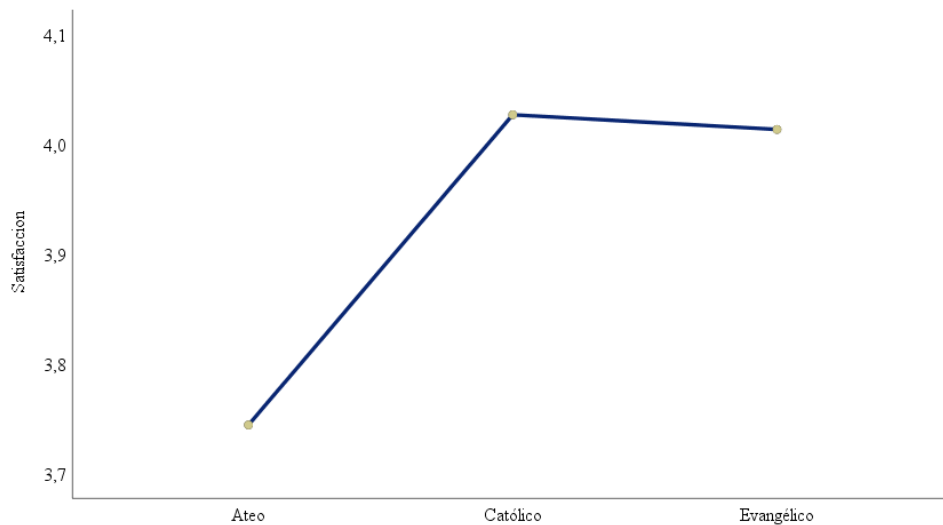


Figura 16. Medias de soledad entre grupos de distinta religión

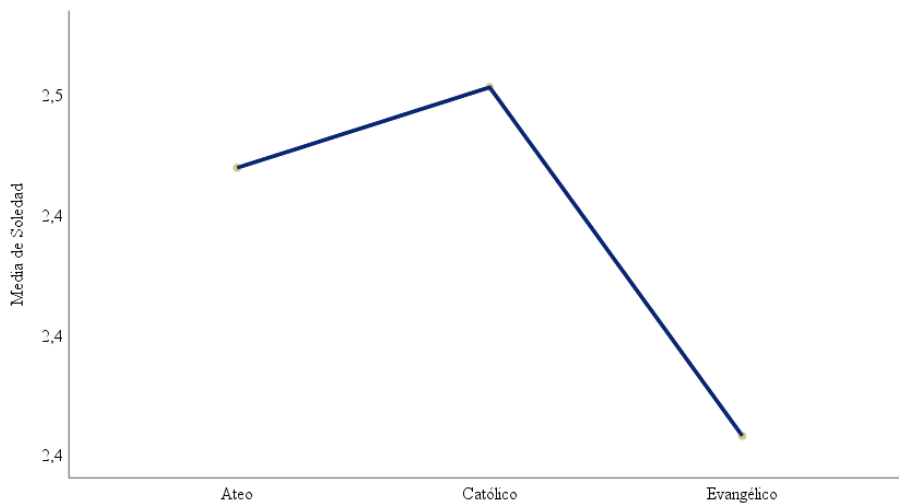


Figura 17. Medias de salud entre grupos de distinta religión

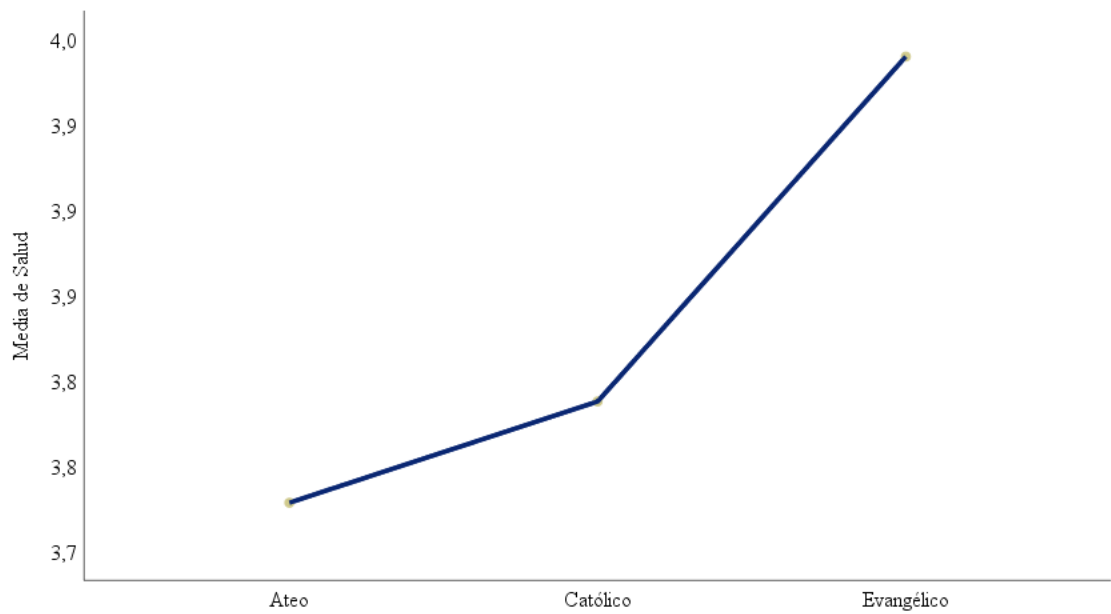


Figura 18. Medias de depresión entre grupos de distinta religión

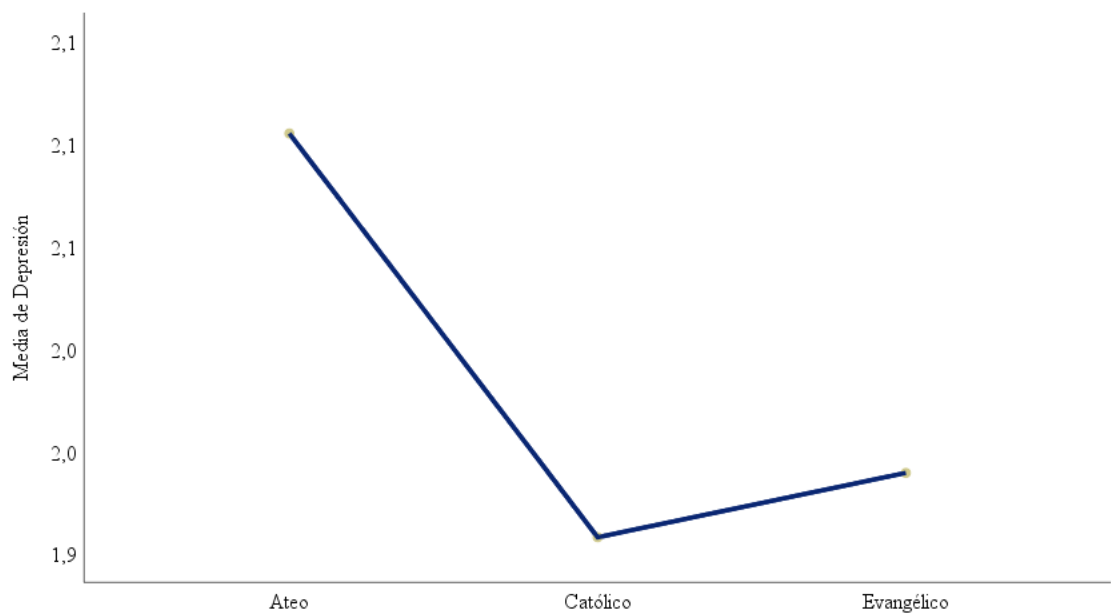


Figura 19. Medias de resiliencia entre grupos de distinta religión

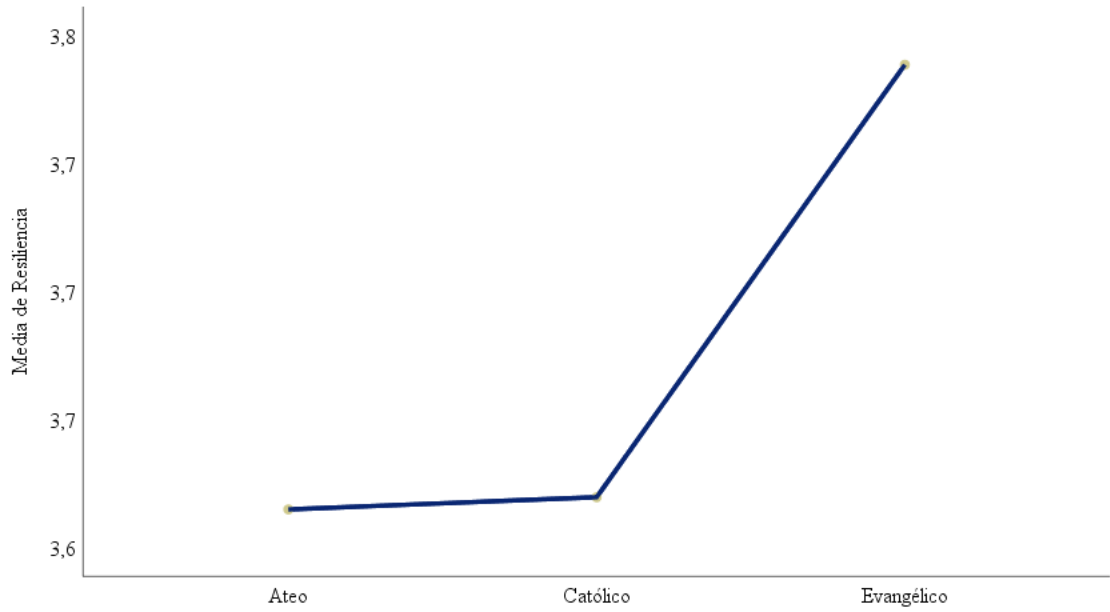


Figura 20. Medias de espiritualidad entre grupos de distinta religión

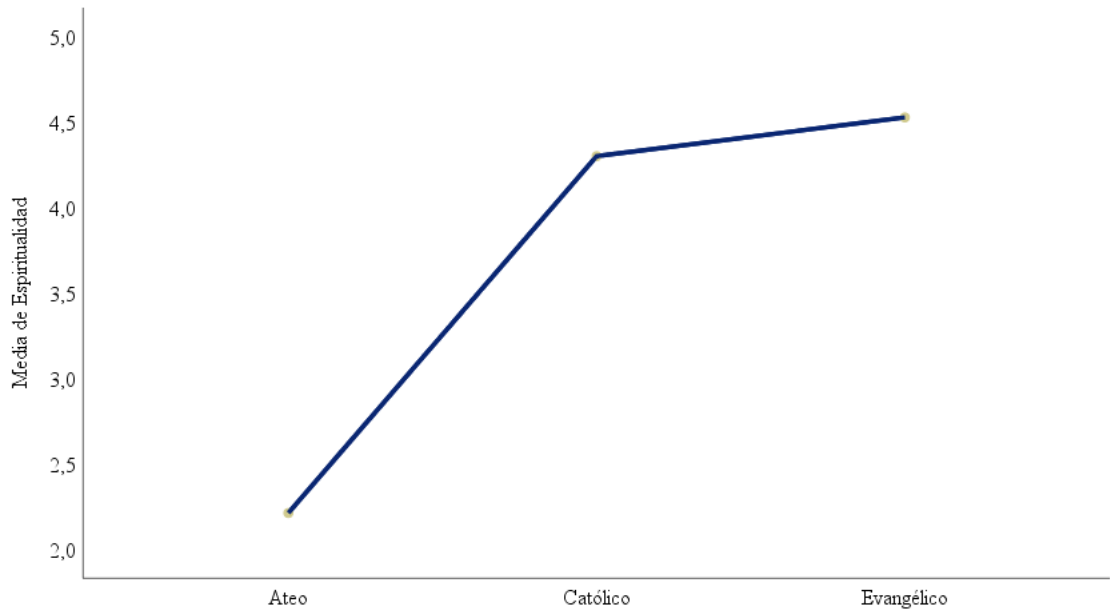


Figura 21. Medias de esperanza entre grupos de distinta religión

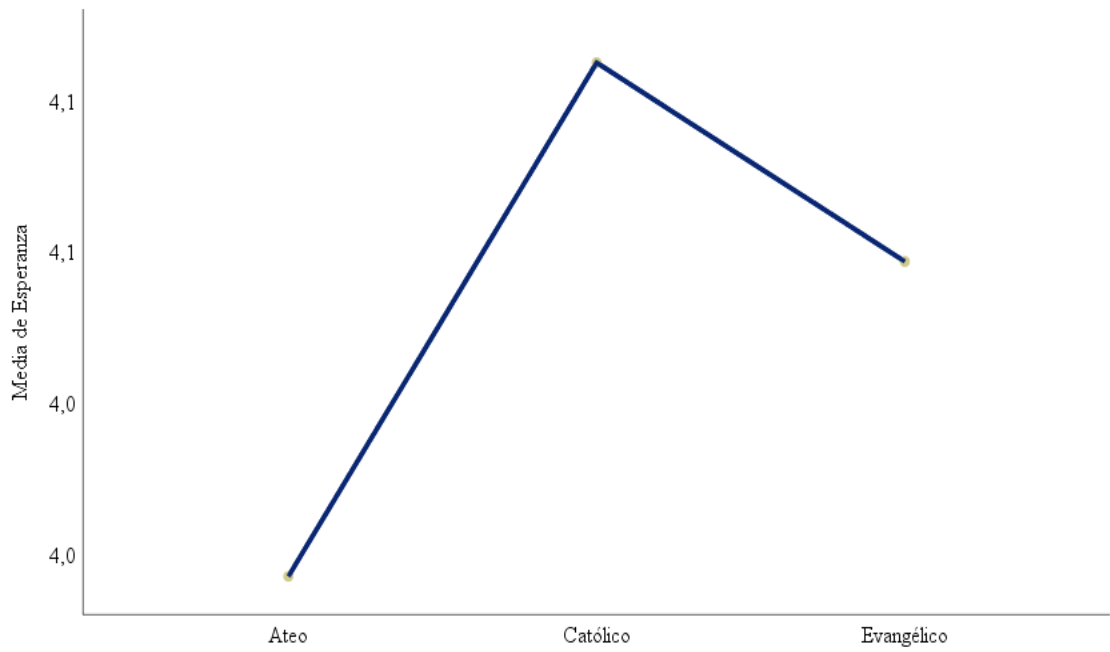
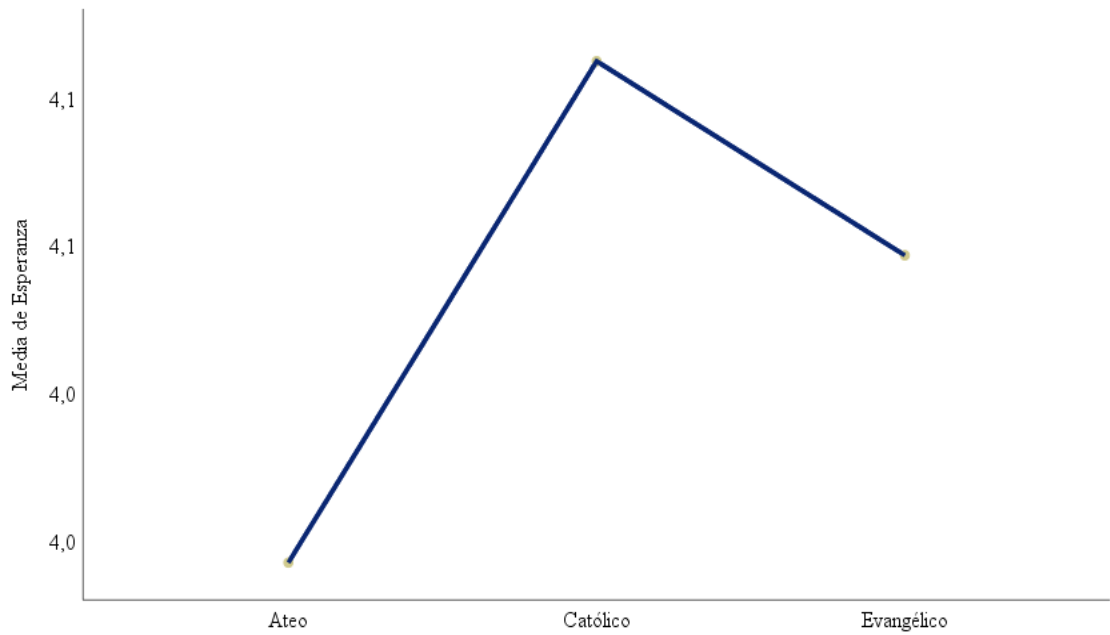


Figura 22. Medias de autoeficacia entre grupos de distinta religión



4.2. Relación entre tiempo que es miembro de la iglesia y las variables de investigación

Tabla 8. Comparación de medias entre tiempo que pertenece a la Iglesia y las variables de investigación

	Infancia	Adolescencia	Adulthood	<i>F</i>	η^2
Satisfacción	4.04 (.65)	3.82 (.51)	4.05 (.63)	1.47	.017
Soledad	2.42 (.67)	2.69 (.78)	2.25 (.69)	2.52	.031
Salud	3.82 (.64)	3.76 (.66)	4.15 (.52)	2.61	.034
Depresión	1.92 (.53)	2.00 (.45)	1.88 (.51)	.43	.005
Resiliencia	3.62 (.85)	3.72 (.76)	3.77 (.49)	.54	.006
Espiritualidad	4.39 (.64)	4.25 (.73)	4.66 (.33)	3.34*	.037
Esperanza	4.12 (.53)	3.95 (.42)	4.08 (.48)	1.62	.019
Autoeficacia	3.83 (.61)	3.65 (.57)	3.79 (.44)	1.16	.013

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. En el paréntesis se presenta la desviación típica.

En lo que respecta a las diferencias de medias dependiendo del tiempo que la persona lleve en la Iglesia, en la Tabla 4 se puede observar que sólo hay diferencias significativas en la variable espiritualidad, no obstante, estas diferencias entre grupos se considerarían pequeñas $\eta^2 = .037$. Al observar en más detalle las pruebas a posteriori vimos que sólo hay diferencias significativas entre el grupo de personas que pertenecen a la Iglesia desde la adolescencia y los que pertenecen a partir de la edad adulta, siendo mayor la espiritualidad de aquellos que empezaron a pertenecer una vez ya era adultos, la Figura 17 presenta las medias de los distintos grupos en espiritualidad.

El resto de las variables, aunque no hayan presentado diferencias estadísticamente significativas se presentan también en diversas figuras con fines descriptivos y para clarificar las comparaciones entre grupos.

Figura 23. Medias de satisfacción entre grupos que forman parte desde distintas edades

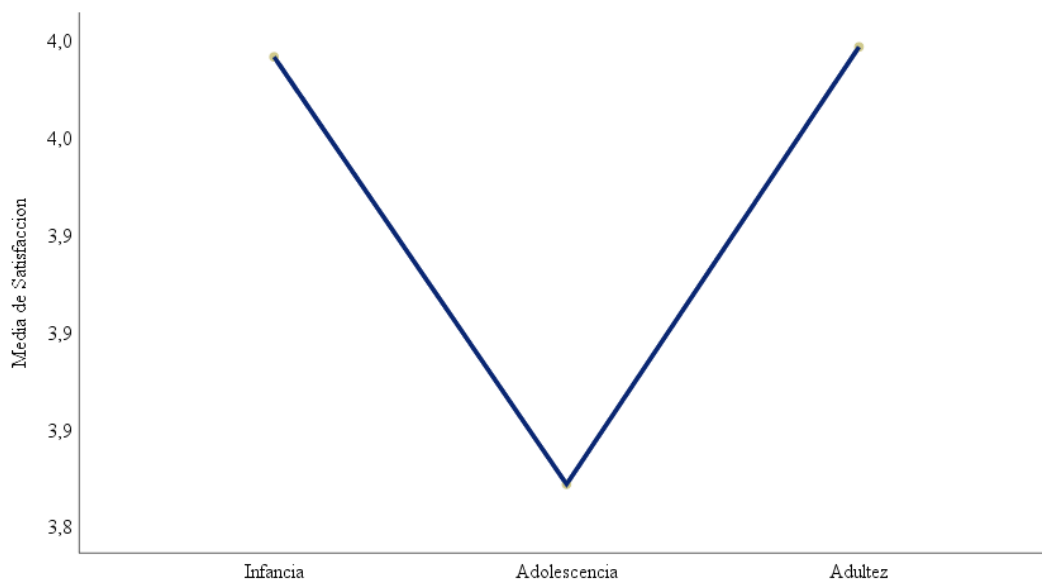


Figura 24. Medias de soledad entre grupos que forman parte desde distintas edades

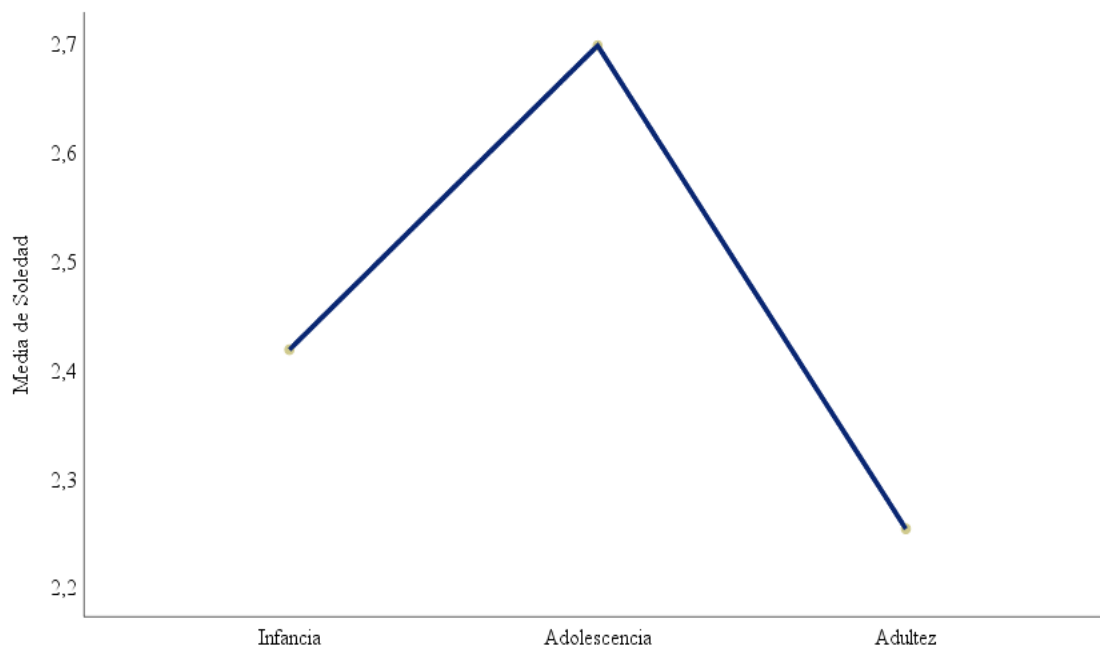


Figura 25. Medias de salud entre grupos que forman parte desde distintas edades

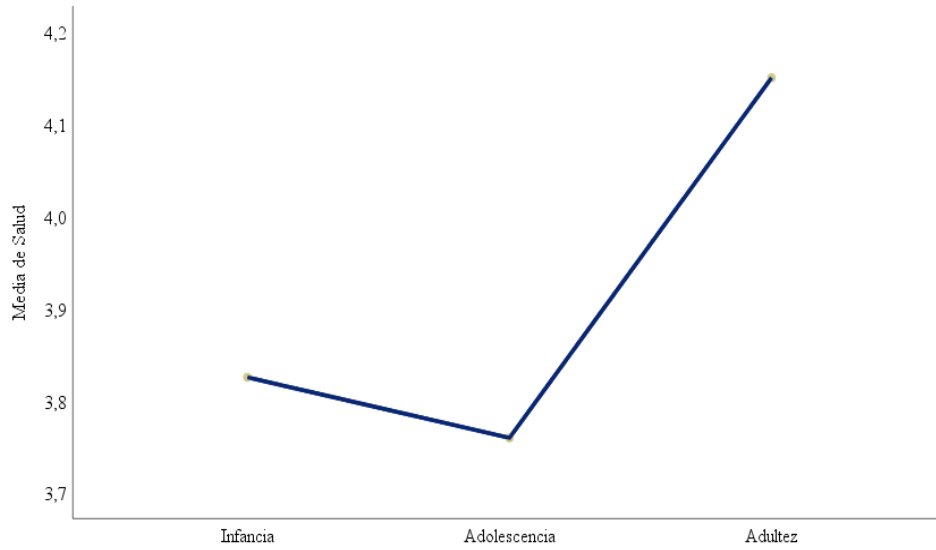


Figura 26. Medias de depresión entre grupos que forman parte desde distintas edades

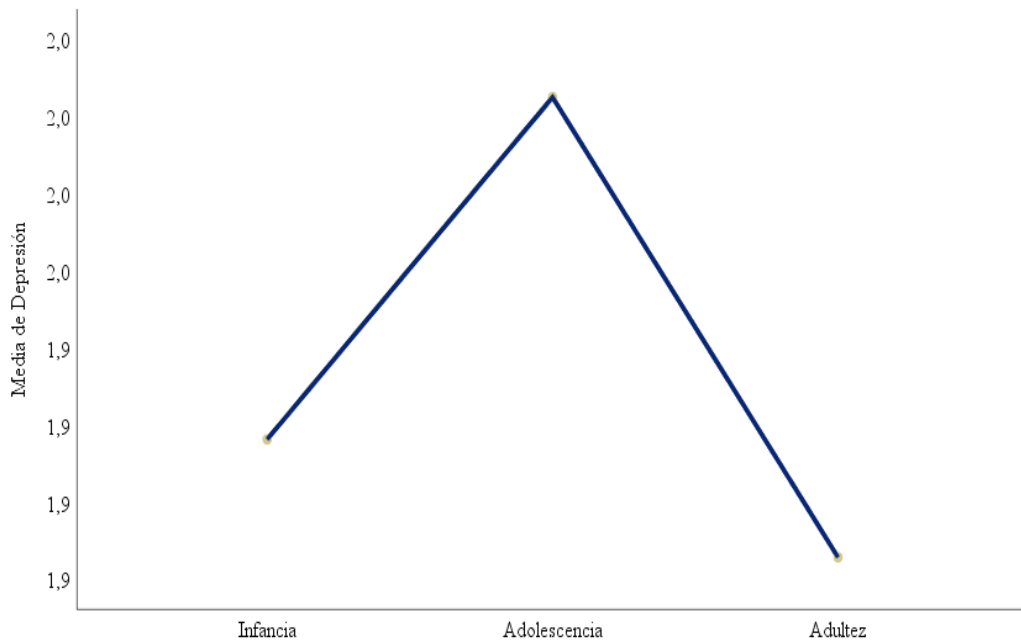


Figura 27. Medias de resiliencia entre grupos que forman parte desde distintas edades

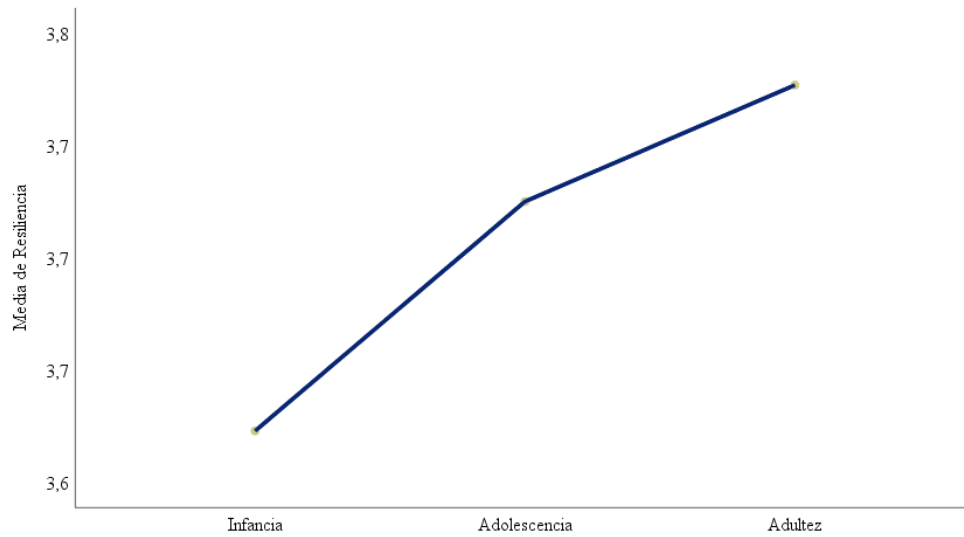


Figura 28. Medias de espiritualidad entre grupos que forman parte desde distintas edades

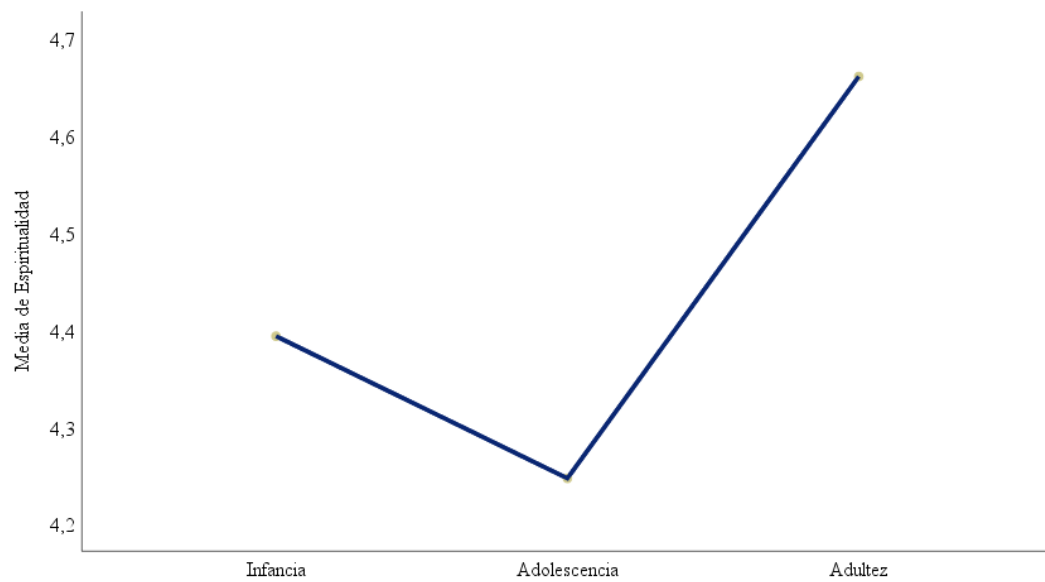


Figura 29. Medias de esperanza entre grupos que forman parte desde distintas edades

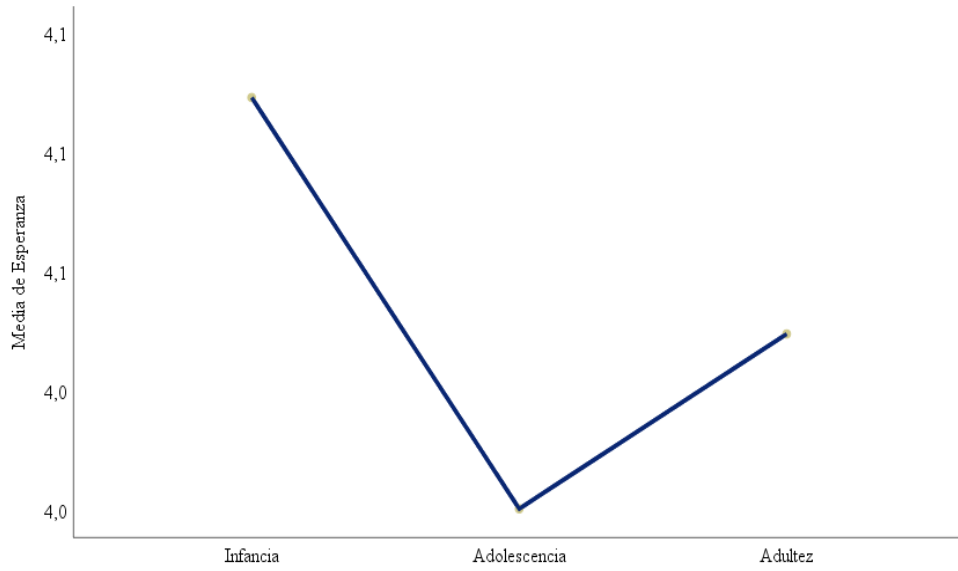
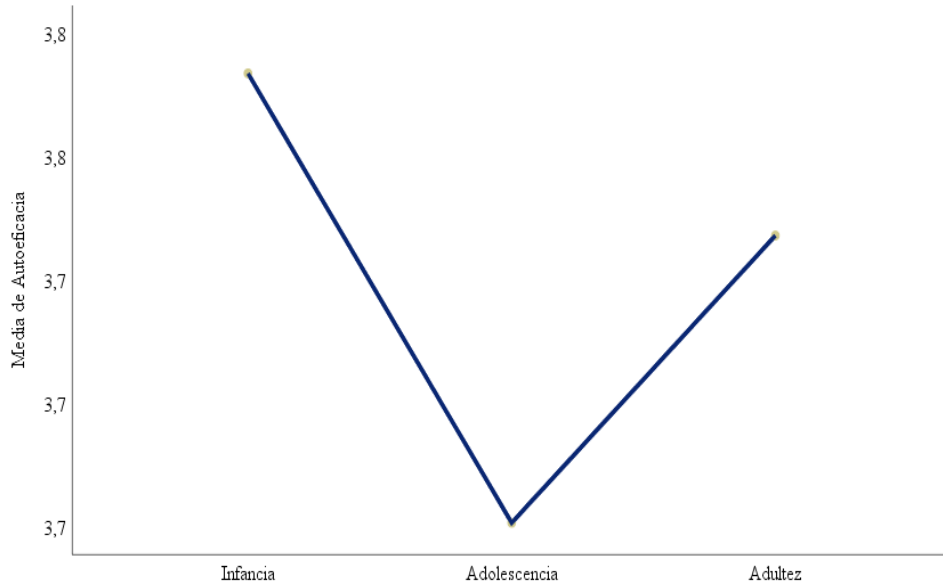


Figura 30. Medias de autoeficacia entre grupos que forman parte desde distintas edades



4.3. Relación entre función que desempeña en la Iglesia y las variables de investigación

Tabla 9. Comparación de medias entre los grupos de religión y las variables de investigación

	Líderes	Consejo	Predicador	Feligres	<i>F</i>	η^2
Satisfacción	4.17(.47)	4.09 (.47)	3.97 (.76)	3.97 (.66)	1.04	.018
Soledad	2.15 (.61)	2.50 (.63)	2.46 (.56)	2.51(.73)	2.06	.038
Salud	3.93 (.61)	3.89 (.50)	3.79 (.72)	3.83 (.65)	.217	.004
Depresión	1.76 (.46)	1.99 (.47)	1.96 (.42)	1.95 (.54)	1.27	.022
Resiliencia	3.94 (.63)	4.10 (.64)	4.00 (.37)	3.52 (.83)	4.92*	.077
Espiritualidad	4.79 (.26)	4.62 (.38)	4.27 (.88)	4.30 (.64)	6.87***	.105
Esperanza	4.18 (.47)	3.95 (.38)	4.01 (.40)	4.07 (.50)	.827	.014
Autoeficacia	4.06 (.55)	3.70 (.45)	3.84 (.45)	3.72 (.59)	3.30*	.055

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. En el paréntesis se presenta la desviación típica.

En la Tabla 9 se presentan las medias de los grupos según la distinta función que ejercen en su Iglesia, las diferencias entre grupos han sido estadísticamente significativas para las variables resiliencia, espiritualidad y autoeficacia. Para resiliencia y autoeficacia los tamaños del efecto han sido pequeños $\eta^2 = .077$ y $\eta^2 = .055$ respectivamente, y para autoeficacia medianos $\eta^2 = .105$, indicando que en esta variable las diferencias entre grupos son más grandes.

Al analizar en detalle las pruebas de comparaciones por pares a posteriori, en resiliencia y autoeficacia las diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) se encuentran sólo entre los grupos de líderes y feligreses, donde son los líderes los que presentan unas mayores puntuaciones en ambas variables, en la Figura 24 se muestran las comparaciones en la variable resiliencia y en la Figura 38 las medias para autoeficacia. En la variable espiritualidad hay diferencias tanto entre los líderes con los feligreses como entre los líderes y los predicadores ($p < .05$), en ambas comparaciones son los líderes de la iglesia los que presentan una media mayor en espiritualidad, estos resultados se presentan en la Figura 36. Del resto de variables también se han incluido Figuras, aunque no hayan resultado

estadísticamente significativas las diferencias, para hacer una descripción más visual de las medias entre grupos con distintas funciones.

Figura 31. Medias de satisfacción entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

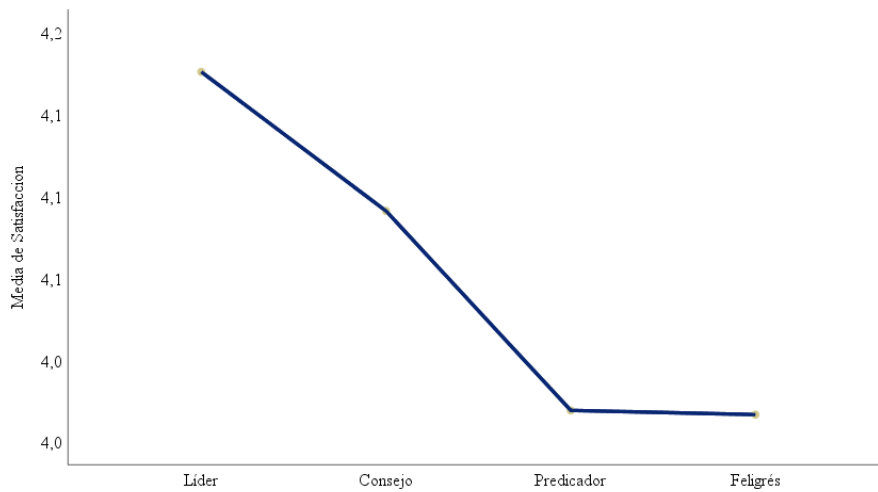


Figura 32. Medias de soledad entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

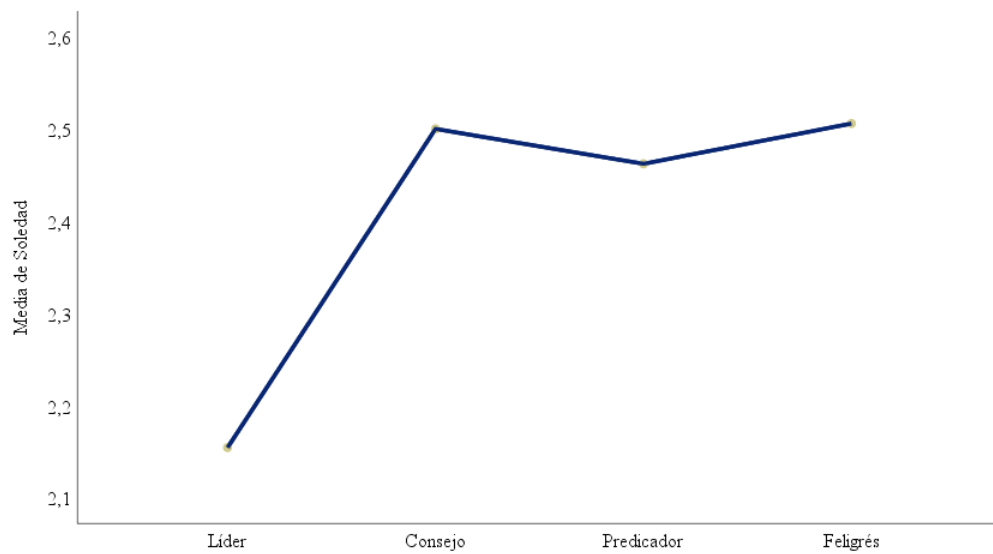


Figura 33. Medias de salud entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

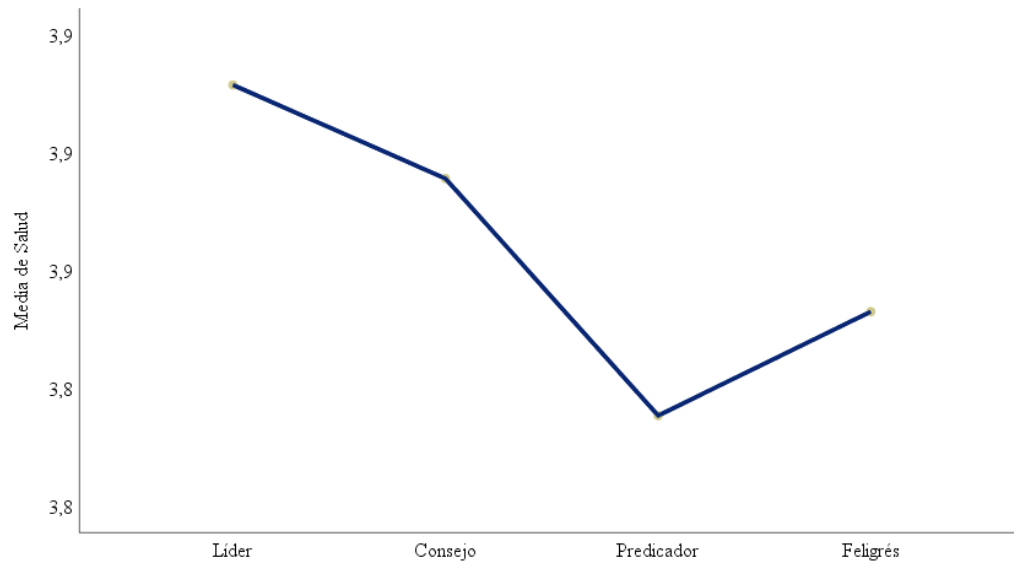


Figura 34. Medias de depresión entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

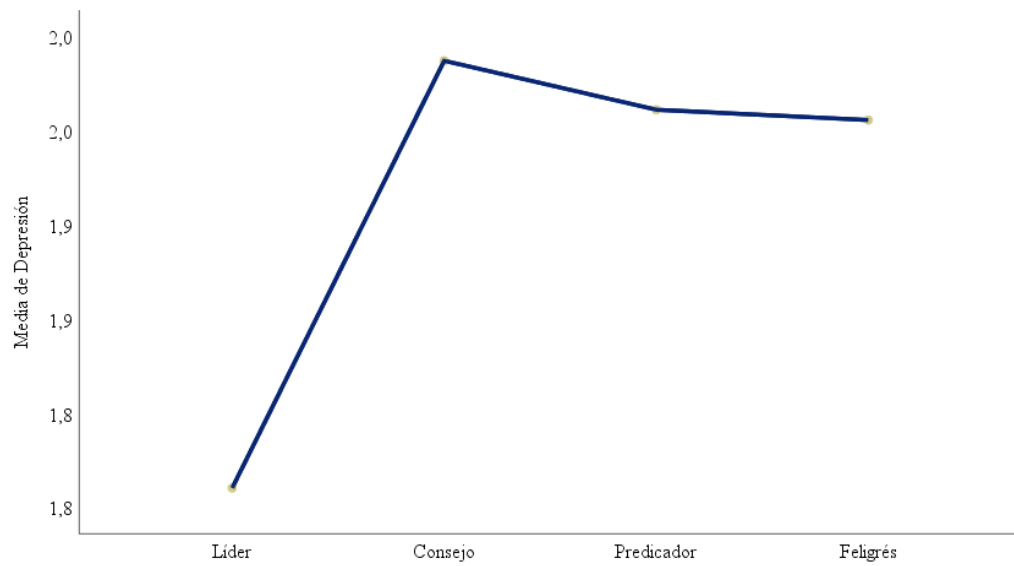


Figura 35. Medias de resiliencia entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

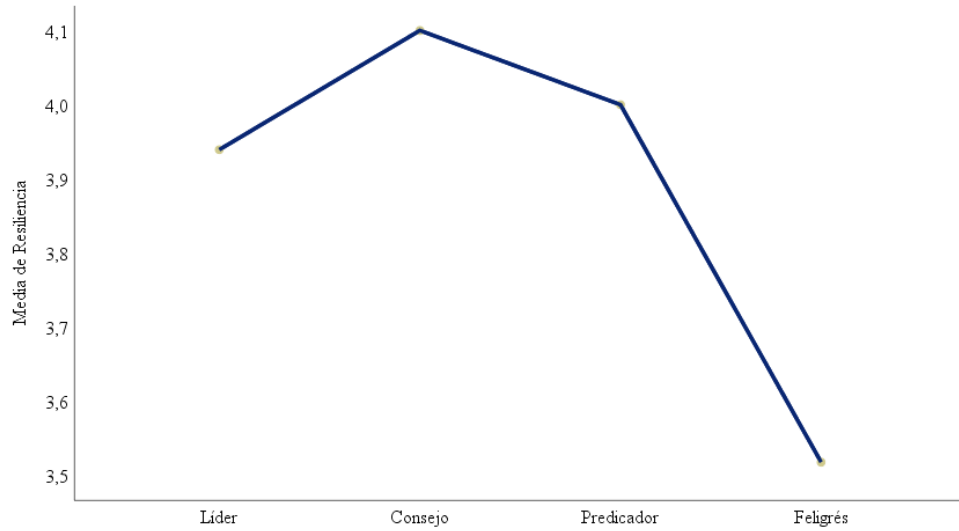


Figura 36. Medias de espiritualidad entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

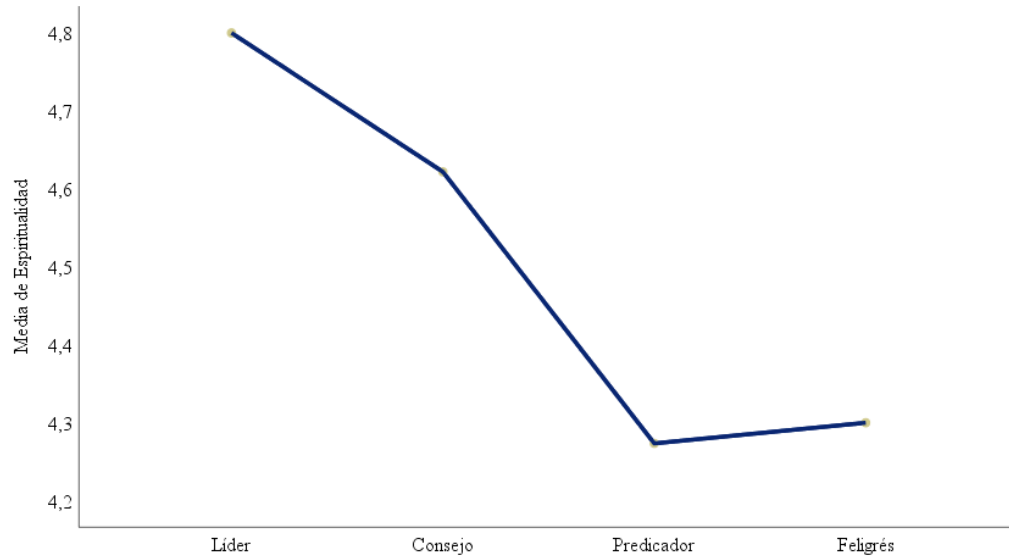


Figura 37. Medias de esperanza entre grupos de distintas funciones en su Iglesia

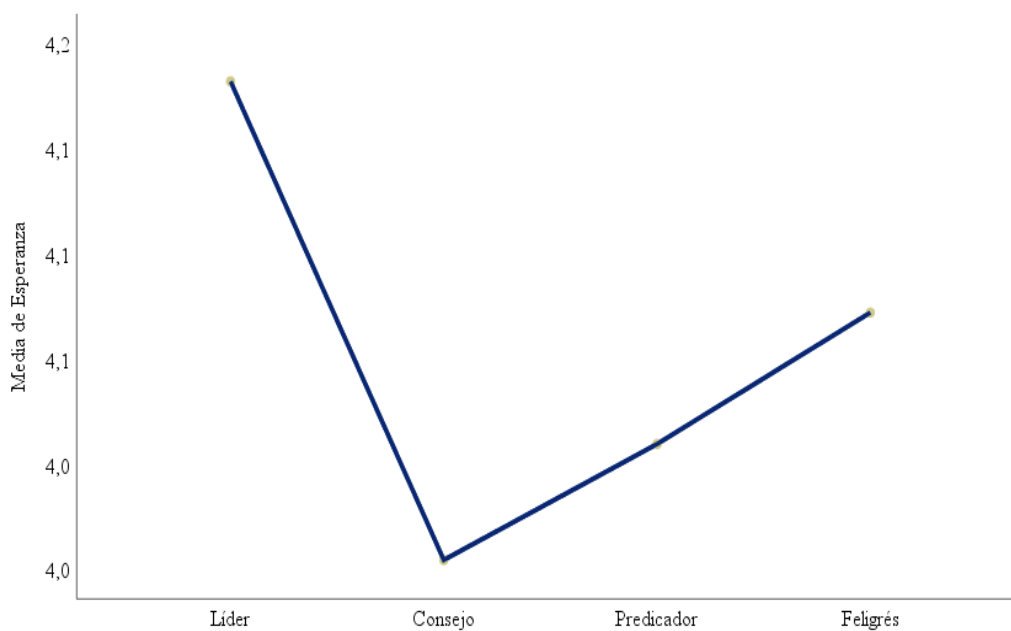
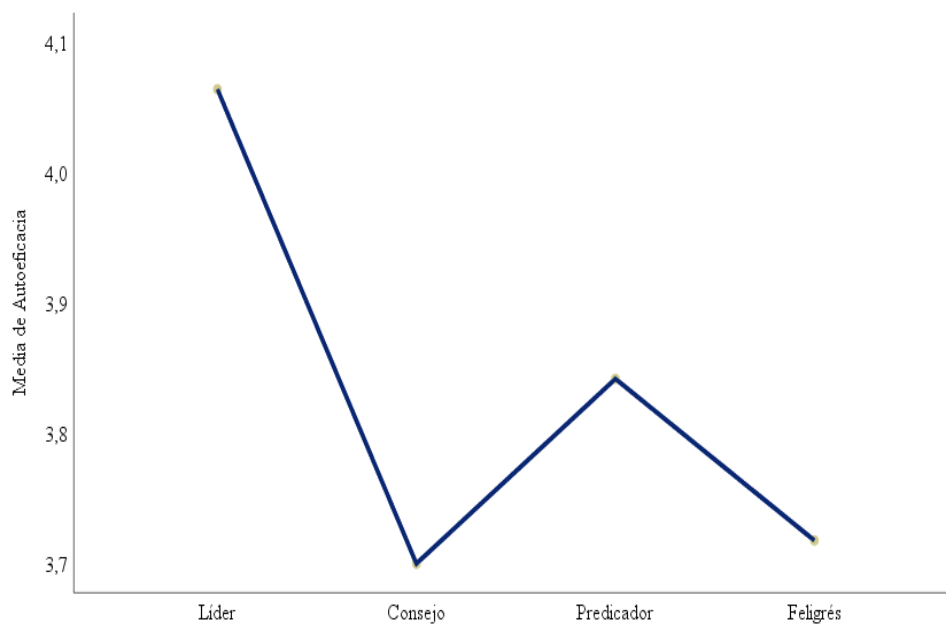


Figura 38. Medias de autoeficacia entre grupos de distintas funciones en su Iglesia



4.4. Relación entre la Edad y las Variables de Investigación

Tabla 10. Correlaciones entre la edad y las variables de investigación

	Edad	Sat	Sol	Sal	Dep	Res	Esp	Espe	Auto
Edad	1								
Satisfacción (Sat)	.08	1							
Soledad (Sol)	-.02	-.52**	1						
Salud (Sal)	-.21**	.38**	-.43**	1					
Depresión (Dep)	-.03	-.38**	.42**	-.55**	1				
Resiliencia (Res)	-.11	.37**	-.26**	.31**	-.36**	1			
Espiritualidad (Esp)	.04	.31**	-.19**	.16*	-.31**	.27**	1		
Esperanza (Espe)	-.12	.52**	.34**	.34**	-.31	.55**	.28**	1	
Autoeficacia (Auto)	-.14*	.45**	.37**	.37**	-.41**	.51**	.24**	.75**	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Como se muestra en la Tabla 10 la edad sólo ha presentado una relación estadísticamente significativa con la salud y la autoeficacia, en ambos casos es una relación negativa, a mayor edad la persona percibe una menor salud y autoeficacia, aunque esta correlación no ha sido muy grande ni con la variable salud $r = -.21$. ni con autoeficacia $r = -.14$.

Para una mejor visualización de las relaciones se han incluido gráficos de dispersión de puntos con líneas de suavizado para la edad con cada variable de investigación.

Figura 39. Relación entre Edad y Satisfacción con la vida.

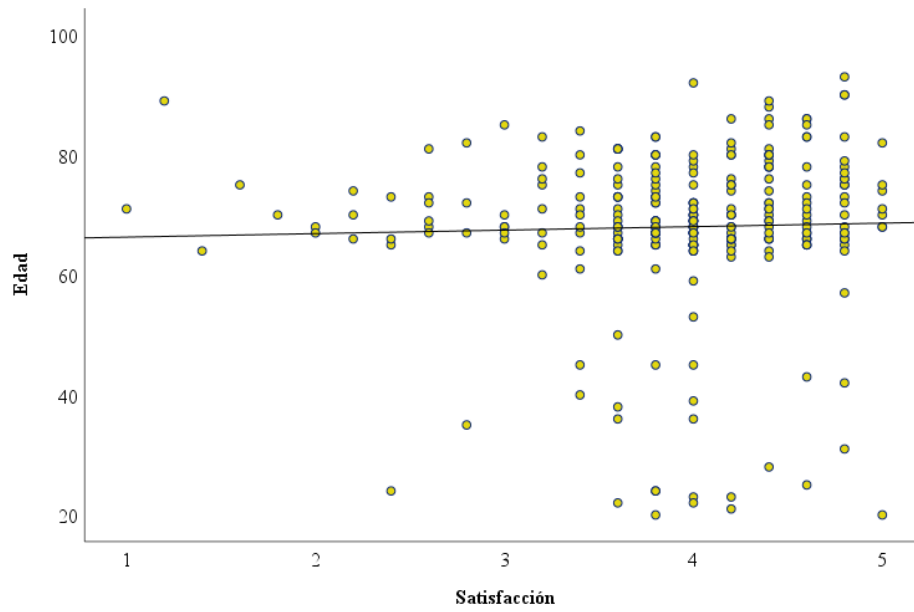


Figura 40. Relación entre edad y soledad

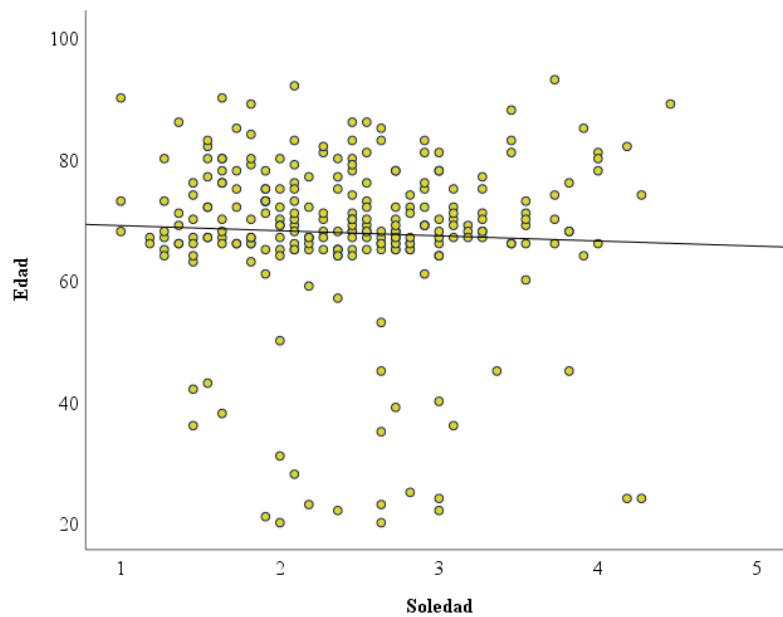


Figura 41. Relación entre edad y salud

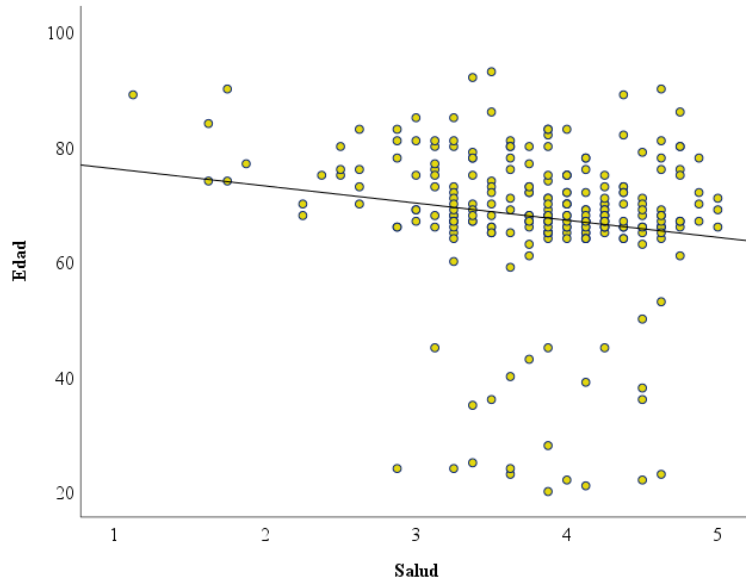


Figura 42.. Relación entre edad y depresión

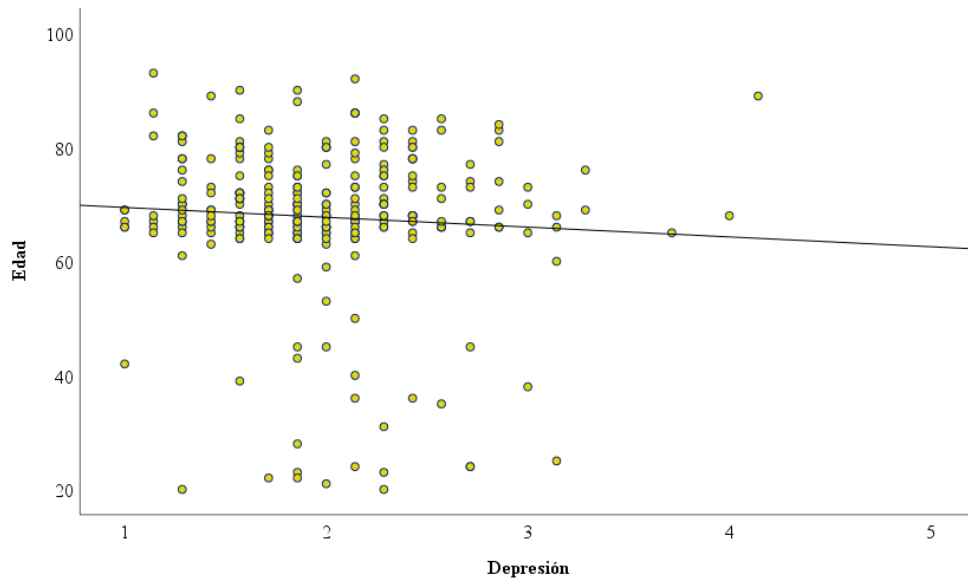


Figura 43. Relación entre edad y resiliencia

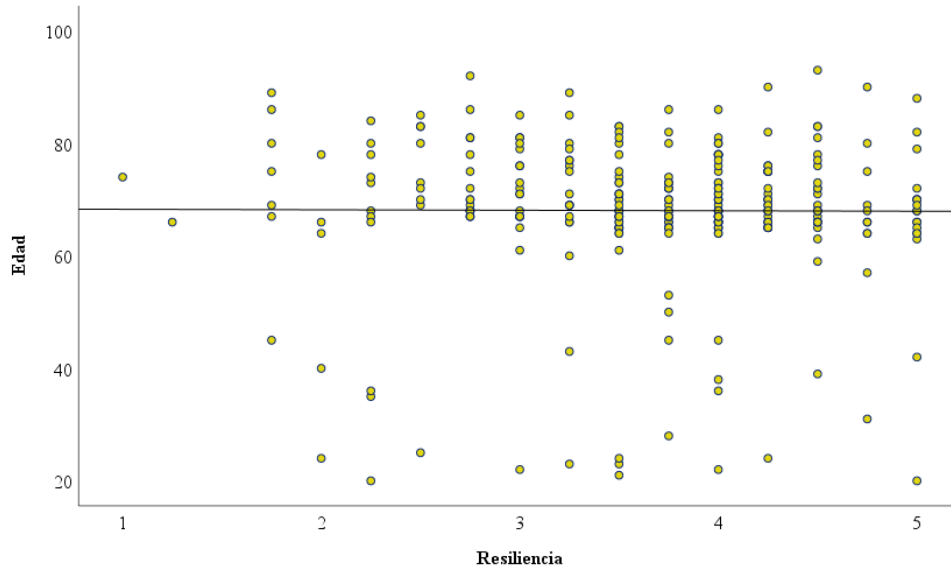


Figura 44. Relación entre edad y espiritualidad

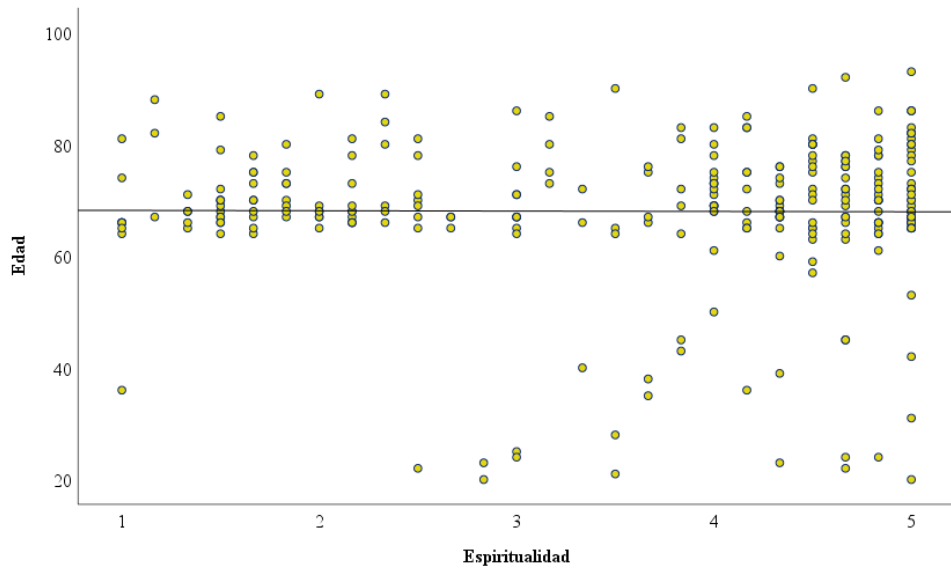


Figura 45. Relación entre edad y esperanza

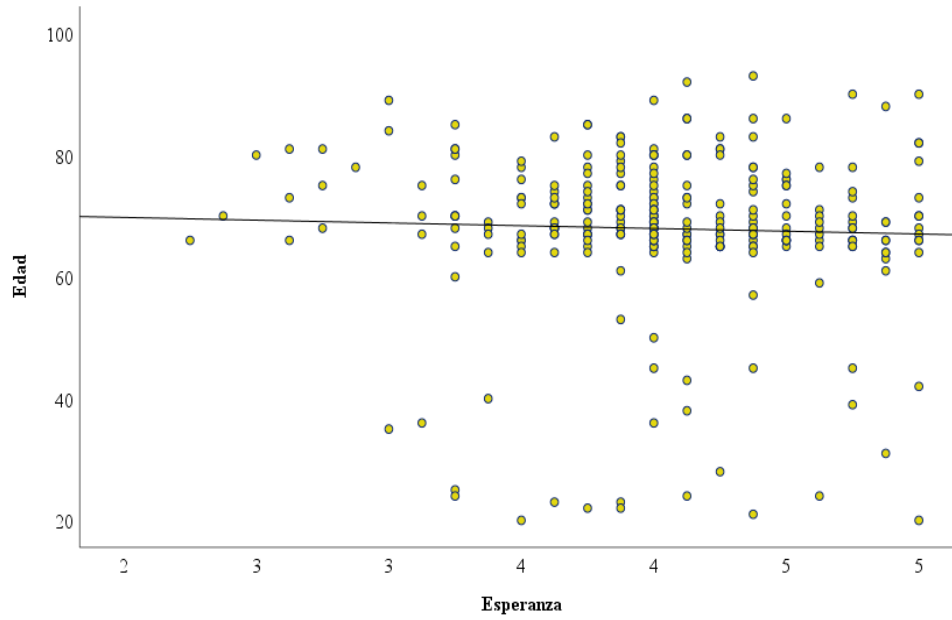
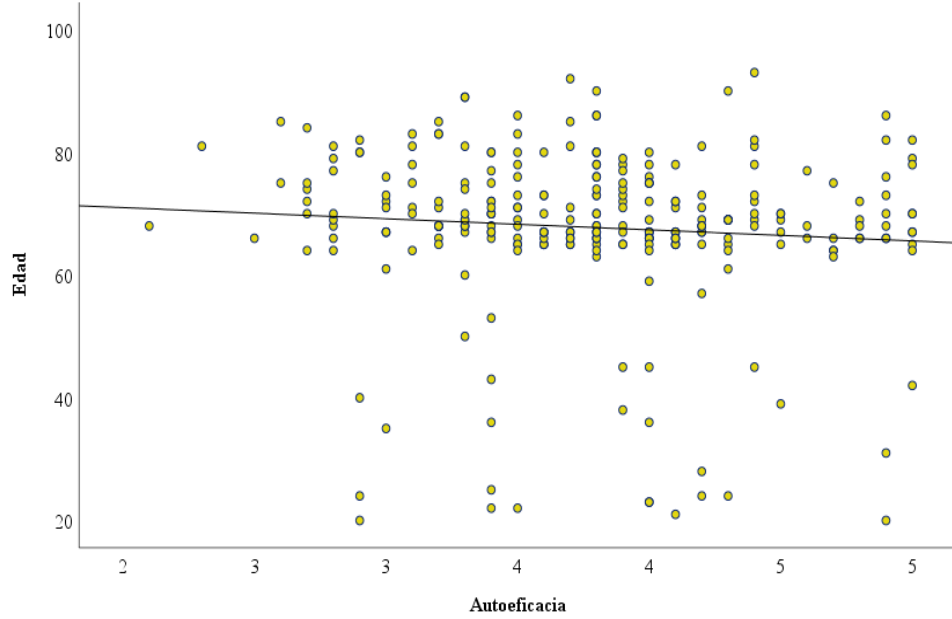


Figura 46. Relación entre edad y autoeficacia



4.5. Relación entre espiritualidad y el resto de las variables de investigación

A su vez, la Tabla 10 también muestra información de la relación que hay entre todas las variables incluidas en la investigación, se puede observar que hay una relación estadísticamente significativa entre todas las variables incluidas. Especialmente importantes para los resultados de este estudio son las correlaciones con la variable espiritualidad, esta variable ha mostrado una relación positiva con la satisfacción con la vida $r = .31$, con salud $r = .16$, con resiliencia $r = .27$, con esperanza $r = .28$ y especialmente fuerte con autoeficacia $r = .75$. Por otro lado, ha mostrado una relación negativa con soledad $r = -.19$ y con depresión $r = -.31$.

Estas relaciones se han representado gráficamente con diagramas de dispersión de puntos con líneas de suavizado en las Figuras que se presentan a continuación.

Figura 47. Relación entre Espiritualidad y Satisfacción con la vida

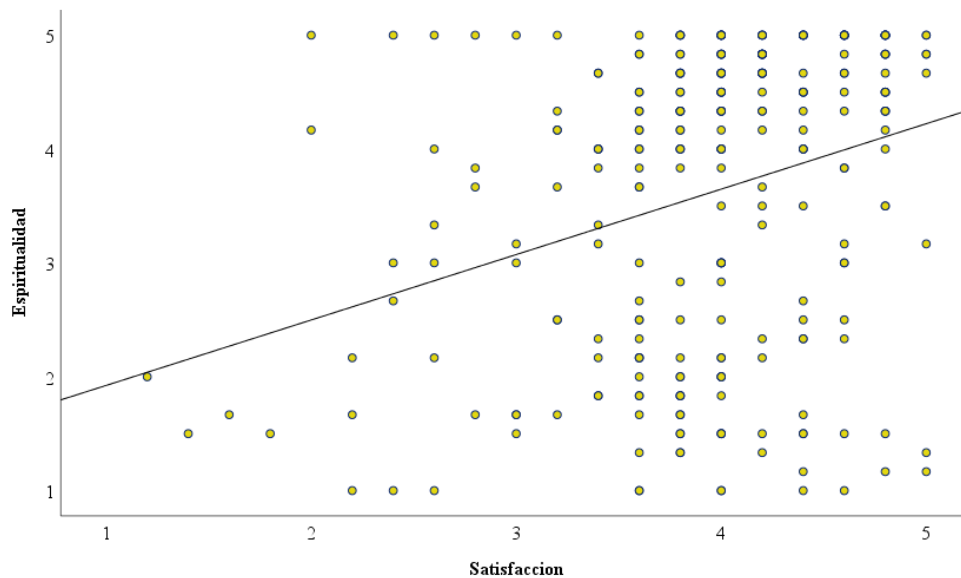


Figura 48. Relación entre Espiritualidad y Soledad

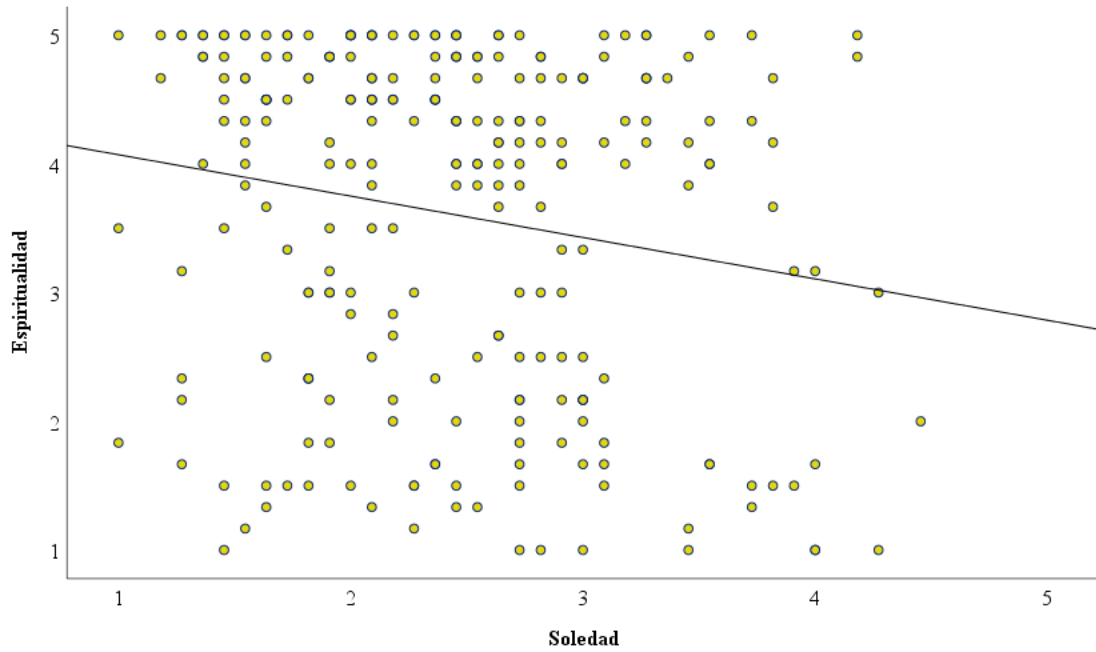


Figura 49. Relación entre Espiritualidad y Salud

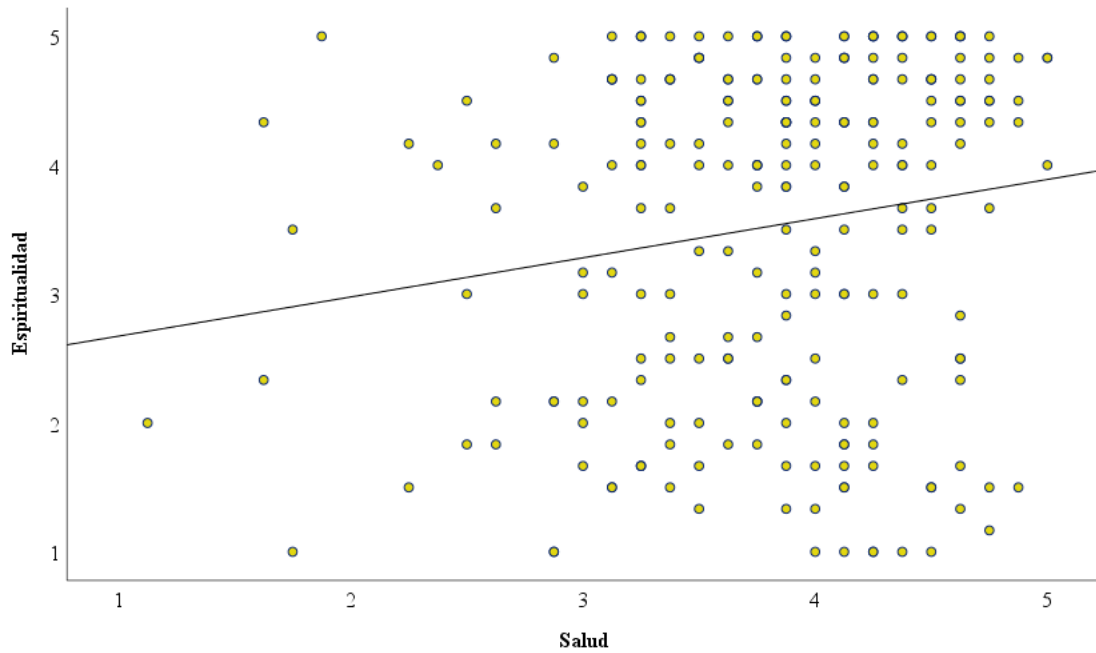


Figura 50. Relación entre Espiritualidad y Depresión

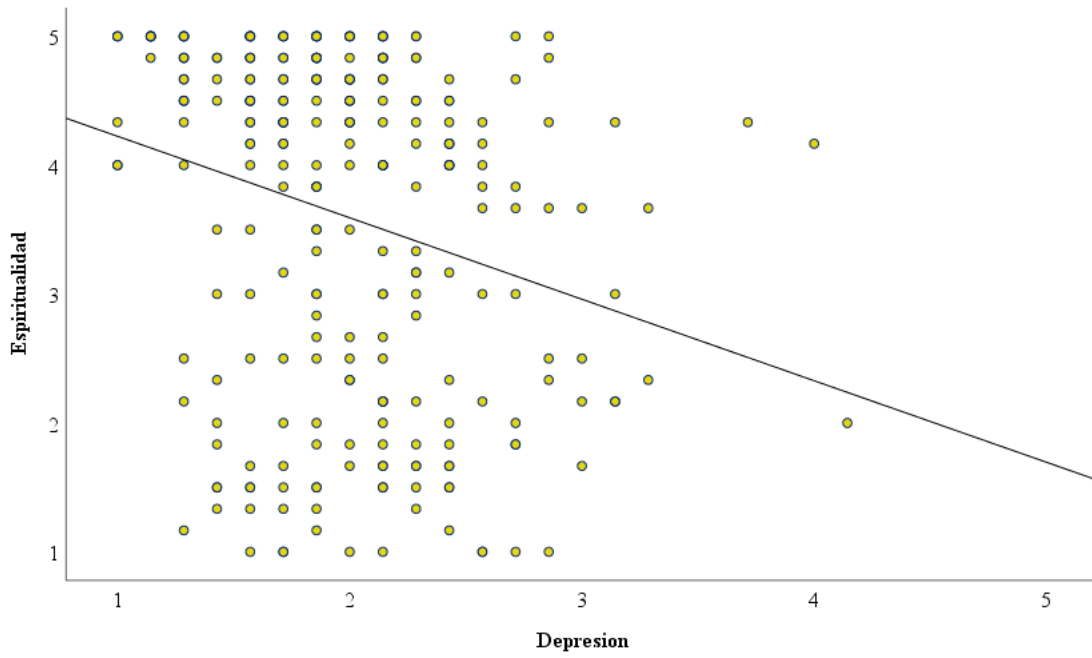


Figura 51. Relación entre Espiritualidad y Resiliencia

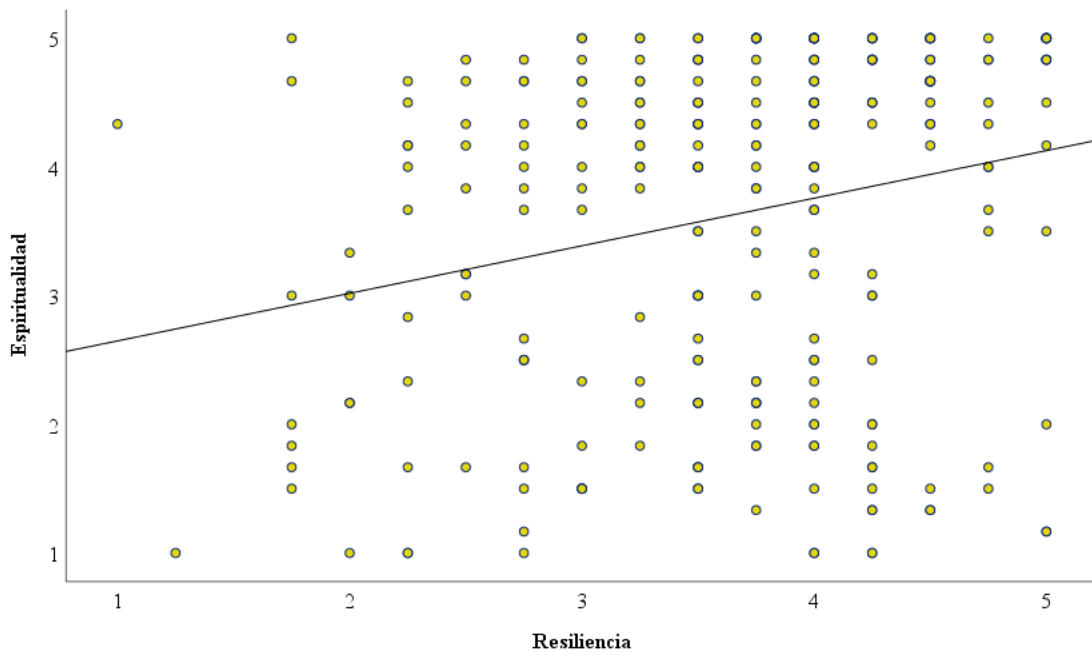


Figura 52. Relación entre Espiritualidad y Esperanza

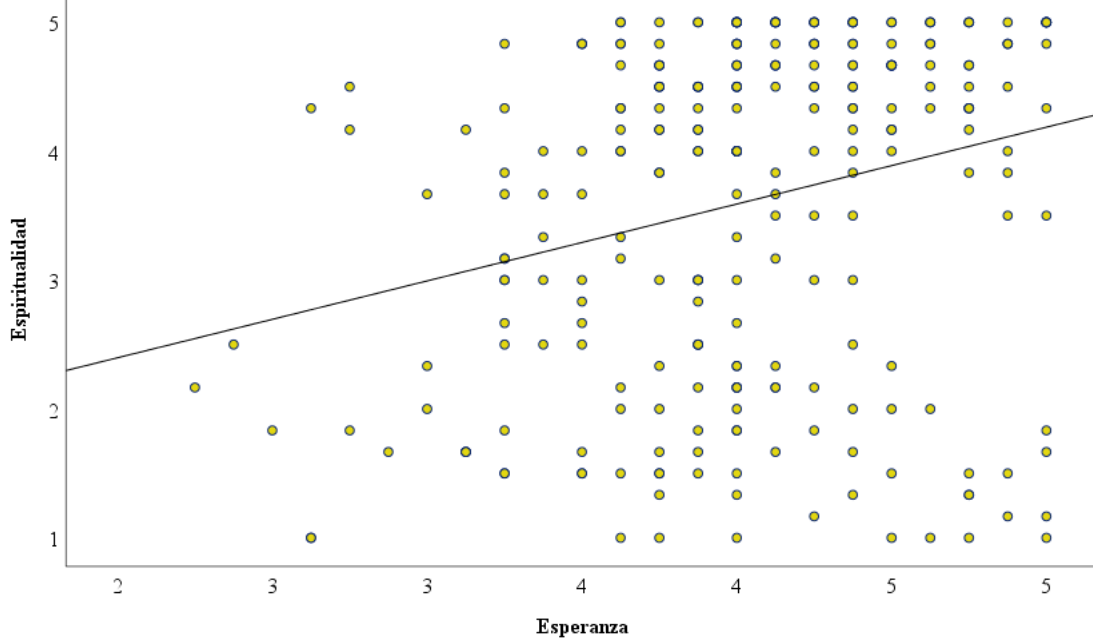
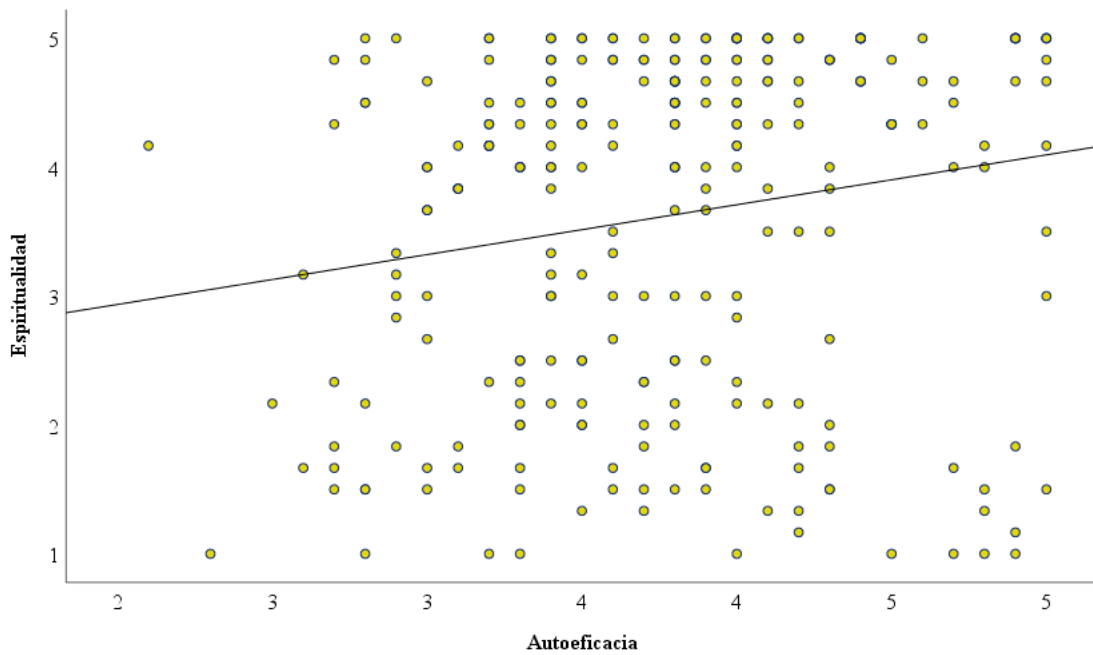


Figura 53. Relación entre Espiritualidad y Autoeficacia



4.6 Relación entre el género y las variables de investigación

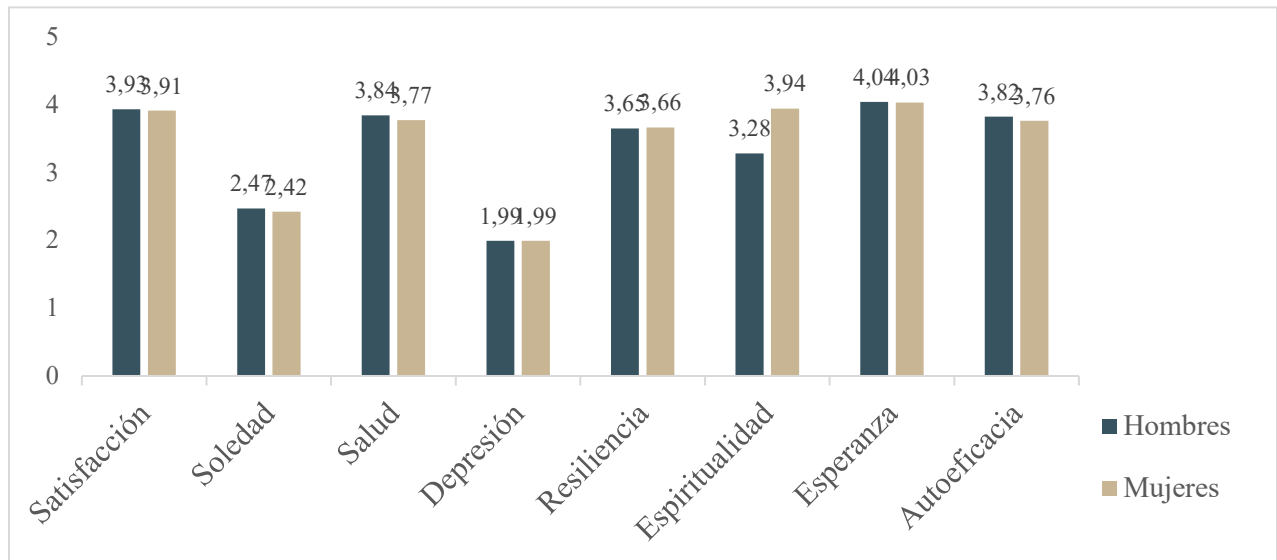
Tabla 11. Comparación de medias entre género y las variables de investigación

	Hombres	Mujeres	<i>t</i>	<i>d</i>
Satisfacción	3.93 (.71)	3.91 (.69)	.151	.018
Soledad	2.47 (.73)	2.42 (.73)	.552	.069
Salud	3.84 (.68)	3.77 (.67)	.814	.104
Depresión	1.99 (.50)	1.99 (.55)	-.006	.000
Resiliencia	3.65 (.84)	3.66 (.80)	-.081	.010
Espiritualidad	3.28 (1.38)	3.94 (1.15)	-4.356	.052
Esperanza	4.04 (.49)	4.03 (.49)	.259	.032
Autoeficacia	3.82 (.67)	3.76 (.57)	.887	.108

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. En paréntesis se presenta la desviación típica.

Por último, como se puede observar en la Tabla 11, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de hombres y mujeres en ninguna de las variables de investigación. Aunque no ha habido diferencias estadísticamente significativas, en la Figura 42 se muestran las comparaciones entre las medias de hombres y mujeres agrupadas para cada variable de investigación (todas presentan valores mínimos de 1 y máximos de 5) y se puede ver que donde más difieren los grupos es en Espiritualidad, teniendo esta mayor media entre el grupo de mujeres.

Figura 54. Comparación de medias entre hombres y mujeres en las variables de investigación



4.7. Modelos de predicción

4.7.1. Regresiones y selección de predictores para el modelo

En la Tabla 12, se presentan los resultados de las regresiones contando como variables predictoras los distintos aspectos religiosos medidos y la espiritualidad y como variables explicadas la autoeficacia, resiliencia y esperanza.

Tabla 12. Coeficientes estandarizados de las regresiones

	Autoeficacia		Resiliencia		Esperanza	
	β	t	β	t	β	t
Espiritualidad	0.47	5.79***	0.42	5.28***	0.42***	5.79
Función en la Iglesia	0.23	2.79**	0.24	2.97**	0.24	0.38
Nivel de religiosidad	0.06	0.87	0.02	0.28	0.02	-0.19
Compromiso con enseñanzas	-0.13	-1.29	-0.14	-1.49	-0.14	-0.59
Oración a solas	-0.09	-1.28	0.02	0.25	0.02	-1.63
Asistencia al lugar de culto	-0.22	-2.44*	0.03	0.39	0.03	-1.56
Recurrir a la religión	-0.078	-0.94	-0.17	-2.10*	-0.17	-0.84

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

En el modelo predictivo de autoeficacia las variables espiritualidad ($\beta = .47, t(163) = 5.79, p < .001$), función que desempeña en la Iglesia ($\beta = .23, t(163) = 2.79, p = .006$) y asistencia al lugar de culto ($\beta = -.22, t(163) = 2.44, p = .016$), resultaron ser buenas predictoras y explicar una proporción significativa (18%) de la varianza de las puntuaciones de autoeficacia, $R^2 = .180, F(7, 163) = 6.324, p < .01$.

Para la regresión de resiliencia las variables espiritualidad ($\beta = .42, t(163) = 5.28, p < .001$) y función en la Iglesia ($\beta = .24, t(163) = 2.79, p = .003$) y recurrir a la religión en busca de ayuda ($\beta = -.17, t(163) = 2.10, p = .037$), fueron predictoras significativas, explicando un 18.7% de la variabilidad de las puntuaciones de resiliencia, $R^2 = .187, F(7, .01.) = 6.766, p <$

Por último, en la regresión de esperanza sólo la variable espiritualidad ($\beta = .47, t(163) = 5.79, p < .001$) fue un predictor significativo, explicando un 15.2% de la variabilidad de las puntuaciones de esperanza, $R^2 = .152, F(7, 163) = 5.339, p < .01$.

4.7.2. Modelos

Se probaron dos modelos uno de mediación total y otro de mediación parcial donde también se observaron los efectos de las variables de religión y espiritualidad sobre la satisfacción con la vida. En la Tabla 9 se incluyen las correlaciones entre todas las variables incluidas en los modelos.

Tabla 13. Correlaciones de las variables incluidas en el modelo

	As	Fun	Esp	Re	Auto	Res	Espe
Asistencia (As)	1						
Función (Fun)	.47**	1					
Espiritualidad (Esp)	.80**	.26**	1				
Recurrer relig. (Re)	.79**	.22**	.72**	1			
Autoeficacia (Auto)	.01	.18*	.18**	.02	1		
Resiliencia (Res)	.07	.27**	.23**	.005	.51**	1	
Esperanza (Espe)	.09	.03	.25**	.08	.74**	.55**	1
Satisfacción (Sat)	.17**	.11	.30**	.20**	.47**	.36**	.54**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

En la Tabla 13 se muestran los índices de ajuste de cada uno de los modelos probados, un primer modelo de mediación total de las variables autoeficacia, resiliencia y esperanza en satisfacción con la vida y un segundo modelo de mediación parcial donde además del efecto de la mediación se probó el efecto directo de las variables que tienen que ver con la religión y espiritualidad sobre satisfacción con la vida. La variable recurrir en busca de ayuda a la religión resultó ser un buen predictor para satisfacción con la vida, así que se incluyeron sus efectos en el modelo de mediación parcial.

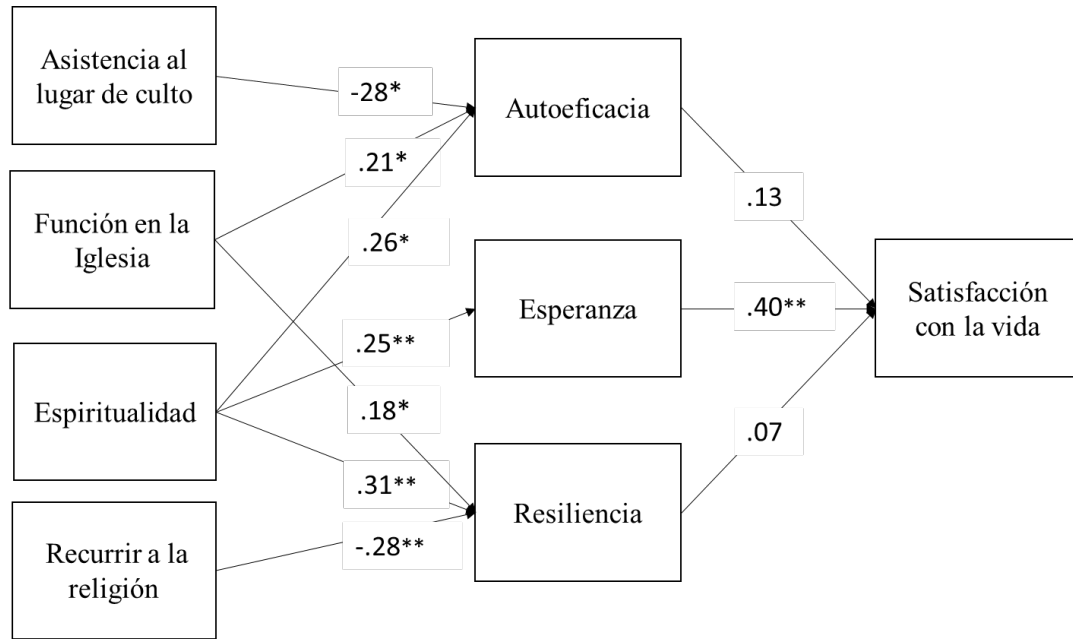
Tabla 14. Índices de ajuste de los modelos probados

	Modelo mediación total	Modelo mediación parcial
χ^2	26.925	15.511
gl	9	8
<i>p</i>	.001	0.049
CFI	.956	.982
Δ CFI	-	.026
RMSEA	.083	.057
90% CI	.048 .120	.001 .099
SRMR	.049	.039

Los resultados muestran que ambos modelos tienen unos índices de ajuste adecuados con un CFI superior a .90 y un SRMR y RMSEA iguales o inferiores a .08, siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler, (1999). No obstante, se puede ver que el modelo de mediación parcial ajusta mejor, ya que tiene un CFI más elevado y un SRMR y RMSEA inferiores. El modelo de mediación parcial será el retenido para explicar las posibles relaciones entre las variables.

En las Figura 55 se muestran los resultados para el modelo de mediación total, para una mejor visualización sólo se muestran los efectos predictivos.

Figura 55. Modelo mediación total

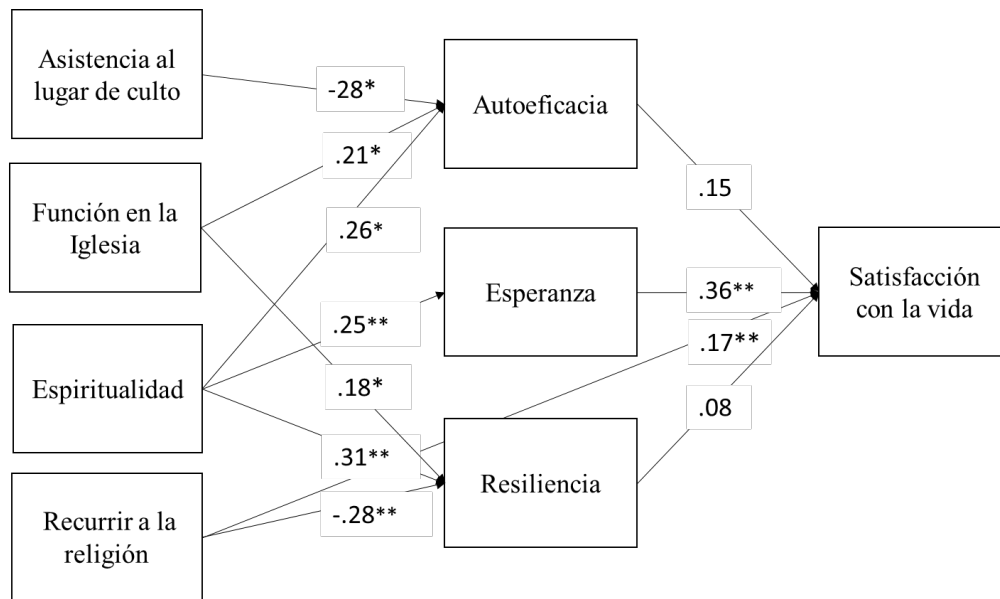


Nota: * $p < .01$, ** $p < .001$

En la Figura todos los efectos predictivos para autoeficacia, esperanza y resiliencia han resultado estadísticamente significativos, las variables predictoras que se incluyen para cada una de estas variables explicaron conjuntamente un 5.5% de la variabilidad de las puntuaciones de autoeficacia, un 6.4% de las de esperanza y un 9.2% de las de autoeficacia. En cuanto a la predicción de satisfacción con la vida sólo esperanza fue un predictor estadísticamente significativo, explica un 29.8% de la variabilidad de las puntuaciones de satisfacción con la vida.

En la Figura 44 se muestran los parámetros para el modelo de mediación parcial, sólo se muestran los efectos predictivos para una mejor visualización. Este es el modelo con mejor ajuste a los datos, el modelo retenido.

Figura 56. Parámetros para el modelo de mediación parcial,



Nota: * $p < .01$, ** $p < .001$

Los efectos predictivos para autoeficacia, esperanza y resiliencia son los mismos, pero el efecto de recurrir a la religión en busca de ayuda también es significativo para explicar la satisfacción con la vida así que se incluye en el modelo. Recurrir a la religión en busca de ayuda, junto con la variable esperanza, predicen el 33.7% de la variabilidad en las puntuaciones de satisfacción con la vida.

Capítulo V. Discusión y Conclusiones

En la República Dominicana los adultos mayores constituyen una población importante. La proyección de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) señala que, en el año 2020, contaríamos con 1.205.000 habitantes de 60 años o más, lo que representa el 12,7% de la población total. Un aspecto importante, culturalmente arraigado, es la religiosidad. Con una población predominantemente cristiana (católica y evangélica). Es por eso, que vincular la religiosidad con el adulto mayor, resultó ser la primera inquietud investigadora del presente estudio.

A nivel internacional los datos encontrados en diversos estudios sobre la relación de la religiosidad con la satisfacción con la vida, y otras variables importantes para la calidad de vida de los mayores, enciende la idea, de investigar en el contexto dominicano dicha relación.

En este apartado se realiza la discusión de los principales resultados en función de los objetivos específicos, de igual forma se hace un contraste a nivel teórico. Dada la relevancia que tiene la religiosidad en sociedades latinoamericanas, y dentro de éstas en República Dominicana, y bajo la premisa de que la religión juega un papel relevante en el Adulto Mayor en su contexto cultural.

5.1. Discusión

Esta investigación parte de dos objetivos generales que es relacionar la religiosidad y la satisfacción con la vida en adultos mayores y evaluar potenciales factores que influyen en la satisfacción con la vida en adultos mayores, tales como la soledad, la salud, la depresión, la resiliencia, la espiritualidad, la esperanza y la autoeficacia. Para cumplir con el logro de estos objetivos se aplicaron pruebas de evaluación psicológicas en una muestra no probabilística, seleccionada propositivamente de religiosos y no religiosos, de adultos mayores, que permitiera la comparación, siendo necesario para lograr este fin la adaptación y validación de esas pruebas que evalúan las diversas variables.

Habiendo cumplido esa instancia, se realizó una descripción de la religiosidad y las variables sociodemográficas, como sexo, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral. Buscando, en algunos casos, asociación entre una variable sociodemográfica específica (edad, género) y las variables bajo estudio.

Tras esto se llevaron a cabo los análisis adecuados para establecer la existencia de relaciones entre las diversas variables como la soledad, la salud, la depresión, la resiliencia, la espiritualidad, la esperanza, la autoeficacia y la satisfacción con la vida. Como así también para evaluar si la conjunción de un mayor nivel de religiosidad se asocia a mayor satisfacción con la vida viendo cada uno de dichos constructos por separado. Finalmente, se realizaron dos modelos, uno de mediación total y otro de mediación parcial, con todas las variables relevantes del estudio.

Desde los datos presentados en las tablas descriptivas de la muestra, se puede inferir que solo el 48.2% manifiesta estar activo laboralmente, este dato es muy significativo, ya que el adulto mayor en República Dominicana se mantiene activo en procesos de trabajo formales e informales por más tiempo, lo que puede relacionarse, en algunos casos con las debilidades de las políticas estatales y privadas en cuanto a políticas de jubilación y en otros por el envejecimiento activo.

De igual forma, es muy importante destacar que del 68.3% de los que se autodefinen como religiosos, mantienen la tradición desde la infancia. Como hemos señalado anteriormente, en la República Dominicana, la religión es parte de la cultura del país y por tanto forma parte del proceso de socialización.

Nuevamente es relevante indicar, que dentro de la población de los adultos mayores que señalan ser religiosos, el grado de religiosidad en su mayoría es moderado o muy religioso. De igual manera, los mismos indican en un 53.2% que realizan oraciones; varias veces al día.

Además, al comparar las medias entre grupos religiosos y las diversas variables de investigación como es satisfacción, soledad, depresión, resiliencia, esperanzas y autoeficacia, se encontraron diferencias significativas en las variables satisfacción con la vida, depresión y espiritualidad.

Al comparar los miembros de la iglesia con las variables de la investigación nuevamente no se observan diferencias significativas entre las diversas variables en cuanto al tiempo que estos han iniciado su vida religiosa. Sólo en la variable espiritualidad se observan diferencias significativas. Un dato relevante de mencionar es que las personas que

han iniciado su proceso religioso en la edad adulta tienen puntuaciones más elevadas en la espiritualidad frente a los infantes y jóvenes.

Otro aspecto trabajado fue la media de los grupos según las distintas funciones que se ejerce en la iglesia y si se obtuvieron datos interesantes en los concerniente a las variables resiliencia, espiritualidad y autoeficacia. En este punto las diferencias más significativas han sido principalmente en los grupos de líderes y feligreses. En la variable espiritualidad hay diferencias tanto entre los líderes con los feligreses como entre los líderes y los predicadores, en ambas comparaciones son los líderes de la iglesia los que presentan una media mayor en espiritualidad. En el caso de la resiliencia y la autoeficacia las diferencias estadísticamente significativas se encuentran solo entre los grupos de líderes y feligreses. Siendo los líderes los que presentan unas mayores puntuaciones en ambas variables.

5.1.1. Relaciones entre variables sociodemográficas (género, edad, nivel de estudios, estado civil y situación laboral) con la satisfacción con la vida.

Como se puede apreciar desde el objetivo general de este trabajo, que busca desde su primer objetivo analizar las relaciones entre variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios, estado civil y situación laboral) con la satisfacción con la vida.

En primer lugar, en cuanto a las diferencias de Sexo: De acuerdo con la información revisada y los resultados obtenidos, se puede decir que el sexo no constituye un factor que contribuya a predecir la satisfacción y el bienestar personal de las personas mayores. En este sentido las diferencias que pudieran encontrarse entre hombres y mujeres estarán relacionadas a otras variables y no necesariamente a sexo. En otros contextos también se ha reportado ausencia de diferencias en satisfacción con la vida en función del género (Alarcón, 2001; Fiori et al., 2006). Investigando en personas mayores en Japón, Oshio (2012) no encontró a nivel global una diferencia entre géneros en satisfacción vital, pero sí halló que ciertas variables están asociadas a un mayor o menor grado de satisfacción en un género que en otro.

En un segundo momento la edad y su relación con la satisfacción con la vida; No se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, en contraste con estos datos, numerosos estudios, utilizando información comparativa, encontraron diferencias insignificantes en la

satisfacción de vida y otras formas de bienestar subjetivo según la edad de los sujetos (Diener y Suh, 1998; Inga y Vara, 2006).

Son diversos los estudios realizados que reafirman que la edad aumenta la Satisfacción vital (López-Ulloa et al., 2013; Prenda y Lachman, 2001; Stone et al; 2018; Stone et al., 2010). De igual manera, la teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992, 1993), ofrece un marco teórico para entender este fenómeno, pues considera que las personas podrían en realidad estar más felices y más satisfechas con sus vidas a medida que envejecen. Carstensen (1995) argumentó que a medida que las personas avanzan hacia sus últimos años de vida, se vuelven cada vez más conscientes de la cantidad de tiempo que les queda para vivir. Esta conciencia de la mortalidad inminente puede llevar a las personas mayores a centrarse en maneras de hacer que sus experiencias restantes sean lo más agradables posible. Por ejemplo, en comparación con los individuos más jóvenes, las personas mayores tienden a poner mayor énfasis en los aspectos emocionales de las interacciones sociales potenciales y es más probable que recuerden el contenido emocional de sus experiencias.

La satisfacción con la vida se ha identificado como una parte del bienestar subjetivo, y como sucede en ocasiones, la literatura muestra resultados mixtos en cuanto a su evolución con la edad. Si bien en diferentes trabajos se observa que puede existir una ligera disminución lineal de la satisfacción según aumenta la edad (Berg et al., 2009; Meléndez et al; 2008; Mroczek y Spiro, 2005), esta relación es baja, y ciertos autores reafirman la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad, especialmente a partir de la adultez y concretamente en el grupo de mayores de 65 años (Angelini et al 2012; Charles et al., 2001; Diener et al., 2006; Meléndez et al., 2009; Meléndez et al., 2009).

En cuanto a las relaciones con la salud y la autoeficacia, se puede observar una relación estadísticamente significativa en lo concerniente a la salud y la autoeficacia desde aspectos negativos, es decir a mayor edad las personas se perciben con menor salud y autoeficacia. Se han encontrado diversos estudios en donde el adulto mayor posee niveles de satisfacción con la vida más elevado (Diener y Diener, 1996; Herzog y Rodgers, 1981), que poseen mayores emociones positivas (Carstensen, et al; 2000 y Salazar et al; 2021) y que

continuamente experimentan más afectos positivos que los adultos jóvenes. Aunque estos hallazgos varían según la cultura.

En cuanto al Estado civil y Nivel de estudio y su relación con la satisfacción de vida, aunque no se realizó una correlación directa entre el estado civil y la satisfacción con la vida entre los religiosos, se puede inferir debido al alto porcentaje (48%) de adultos mayores casados, que existe una relación positiva. El estado Civil constituye uno de los predictores para el envejecimiento con éxito y en particular el matrimonio es uno de los mayores predictores de la Satisfacción con la vida (Domènech-Abella et al., 2017; Gray et al., 2011; Manzoli, et al; 2007; Meléndez et al; 2009; PerrigChiello et al., 2016; Polizzi y Arias, 2014; Spahni et al., 2016; Waddell y Jacobs-Lawson, 2010). Por lo tanto, estos datos son coherentes con los presentados por Meléndez et, al. (2009), en donde en dicho estudio, tanto el estado civil como el nivel de estudios fueron los que más efecto tuvieron en la satisfacción vital, en particular, el grupo de los viudos es el menos satisfecho, mientras que los casados ocupan el nivel más alto. En relación al nivel de estudios, aquellos con un nivel más bajo obtienen una menor satisfacción vital.

De igual manera Vivaldi y Barra (2012) plantea que las personas casadas o que tienen pareja poseen un mejor nivel de bienestar psicológico. Nuevamente estos resultados guardan relación con los encontrados con diversas investigaciones sobre este tema, como la de Tomás, et. al. (2009), investigación de carácter transcultural realizada en dos muestras de personas mayores, una de la República Dominicana (N=1.296) y otra de España (N=476). Y también en la de Molina y Meléndez (2006). En concreto, en este último estudio se halló que, con respecto al Civil, las personas casadas frente a los solteras eran las que mayor dominio del ambiente y relaciones más satisfactorias con otros tienen. En síntesis, se puede mencionar que el matrimonio está relacionado con una evaluación más positiva de la vida y un mejor estado de la salud.

En relación a la variable de la situación laboral, un dato relevante es que la muestra de adultos mayores de este estudio se encuentra activos laboralmente en el 48.2% y si se suma el 17 % que realiza tareas domésticas, que también es un tipo de actividad, el 65.2% es laboralmente activo, por lo que se encuentran dentro de un proceso de envejecimiento activo.

Aunque son múltiples y diversos los significados sobre el concepto envejecimiento activo que se aportan en la literatura científica, la tendencia más reciente en el ámbito europeo lo considera una estrategia que potencia la participación continua en asuntos sociales, económicos, culturales, etc., y también el bienestar social del individuo (Walker, 2008).

5.1.2. Relación entre satisfacción con la vida y religiosidad en adultos mayores.

Con relación al segundo objetivo sobre analizar la relación entre satisfacción con la vida y religiosidad en adultos mayores, se evidencia que los grupos de personas católicos o evangélicos presentaron mayores medias de satisfacción con la vida, con diferencias significativas frente al grupo de ateos. Partiendo de la bibliografía consultada (Haller y Hadler, 2006; Abdel-Khalek, 2011) la correlación entre la religiosidad y la satisfacción con la vida es positiva, ya que los grupos no religiosos (ateos) poseen una mayor media a la depresión, entendida esta como un indicador negativo de bienestar.

El tiempo en la iglesia no mostró diferencias significativas en la variable satisfacción con la vida. Es decir, la incursión en la iglesia desde la infancia, la adolescencia o la adultez.

Un factor que puede asociarse a la satisfacción con la vida es la religiosidad o implicaciones religiosas. La implicación religiosa es un concepto que cubre un amplio rango de manifestaciones conductuales, afectivas y cognitivas, incluyendo metas, creencias y experiencias subjetivas (Levin, 2001; Thoresen y Harris, 2004). Ya existe evidencia de que la religiosidad y la satisfacción de vida tienen una alta relación, ya Haller y Hadler (2006) manifestaron que existen aspectos estrechamente relacionado con la religiosidad que tienen un efecto interesante en el sentido de la felicidad (en parte asimilable a satisfacción con la vida) de las personas.

Esta investigación presenta resultados similares con la presentada por Abdel-Khalek (2011) que indica que las personas religiosas poseen mayor bienestar psicológico y satisfacción vital. Anteriormente Rule (2006) también había escrito que las personas practicantes con actitudes convenientes para la religión poseían una alta satisfacción con la vida con relación a aquéllas que no realizaban prácticas religiosas.

Otro elemento importante que se puede ver en nuestro estudio es lo referente a la intensidad de la práctica religiosa, ya que también se observa una relación entre la frecuencia

de la asistencia a la iglesia y la satisfacción vital, y esto guarda relación al estudio presentado por Ferris (2002) que también manifiesta esa relación entre esas variables. Por otro lado, González (2016) manifiesta que existen diferencias significativas entre las frecuencias de la oración en los feligreses, y que los que oran diariamente tienen puntajes más elevados en cuanto a la satisfacción con la vida. Otro estudio también ha mostrado que, a medida que aumenta la frecuencia de participación en actividades religiosas, mayor será la satisfacción con la vida (Eunghi, 2003).

Se puede indicar que estos resultados concuerdan de forma directa con los hallazgos de otros autores que reportan relaciones positivas y significativas entre estas variables (Abdel-Khalek, 2011; Harari et al; 2014; Achour et al., 2014; Abdel-Khalek y Singh, 2014; Powell y Pepper, 2015; González-Rivera, et al; 2017; Montenegro, et al., 2019).

Continuando con lo planteado, en nuestro estudio se encontraron asociaciones significativas pero bajas entre religiosidad, y satisfacción con la vida, pero factiblemente estas discrepancias no sean psicológicamente sustantivas.

También se comprobó la frecuencia con que los adultos mayores encuestados están implicados con actividades religiosas ya sea en el ámbito público o privado, lo que se puede observar que un porcentaje considerable afirma que recurre a la religión en busca de ayuda, frecuenta constantemente el lugar del culto, lo que genera la realización de actividad de los adultos mayores, servían para predecir una mayor satisfacción con la vida en las personas mayores de República Dominicana, mientras que otros factores asociados con la religión son la función que desempeña la persona en la Iglesia y la frecuencia de la oración. Estos hallazgos son similares a los informados por Krause (2003, 2004) y Piedmont (2009) quienes advirtieron que a mayor religiosidad existe una mayor satisfacción con la vida. También otros autores informan de una asociación positiva entre religiosidad y satisfacción con la vida (Ellison et al., 2001; Greene y Yoon, 2004). Específicamente, Wilkins et al., (2012) evidenciaron que a mayores niveles de religiosidad se observa mayor satisfacción con la vida y mayor bienestar (Piedmont, 2007b). Por otra parte, hay estudios que informan que es la religiosidad la que tiene mayor relación con el bienestar (Diener et al 2011).

Pero de igual manera, hay trabajos que contradicen los anteriores, por ejemplo, Simkin (2016) halló que la satisfacción con la vida se asociaba positivamente con religiosidad ($r=.13$, $p\leq.05$). Bradshaw y Kent (2018) afirman que la oración no tiene un efecto principal en el bienestar o la satisfacción con la vida. (Pagán-Torres et al., 2019) encontraron que la autodefinición religiosa no es un factor influyente en la satisfacción con la vida de los adultos. En síntesis, la satisfacción con la vida está relacionada a la religiosidad, sin que sea relevante la etapa de la vida en la que se incorpore a la religión.

5.1.3. Relaciones entre la soledad y depresión con la religiosidad en adultos mayores.

En cuanto a las relaciones entre la depresión con la religiosidad en adultos mayores, se puede observar que existe una diferencia estadísticamente significativa, ya que según los datos ofrecidos se observa una diferencia significativa entre los ateos y los religiosos. No es el caso de la soledad, que no se evidencian diferencias estadísticamente significativas en este aspecto. En los datos arrojados se observan diferencias significativas entre los religiosos y los ateos referido al nivel de depresión, pero no así de soledad.

En la variable depresión, sólo los grupos católico y ateo presentan diferencias significativas, siendo los ateos los que presentan una mayor media de depresión. Estos datos guardan una alta relación con los estudios realizados por Jacome (2019) en donde se demuestra una relación estadísticamente significativa entre religiosidad y depresión.

Múltiples investigaciones indican que los adultos mayores con actividades religiosas soportan de mejor forma situaciones estresantes, gozan de mejor salud física y mental, y viven más que otras personas sin ellas (Levin, 1996; Reyes, 1998; Koenig, 1988). De acuerdo con el presente estudio, la vida religiosa parece relacionarse con la depresión, justamente en el mismo sentido que las investigaciones anteriores.

De igual forma, Gallardo y Sánchez (2020) comprueban que sólo las experiencias espirituales se relacionan con menor incidencia de síntomas depresivos. Como conclusión, los hallazgos muestran que en el tratamiento de la depresión geriátrica se podrían incluir recursos personales/psicológicos que movilizan el afrontamiento, la resiliencia y el optimismo, como es el caso de la espiritualidad.

5.1.4. Relación entre la salud y religiosidad en adultos mayores.

Los resultados de esta investigación muestran que no hay una relación estadísticamente significativa entre la salud y la religiosidad. Es decir, el ser o no ser religioso y la función que desempeña en la iglesia no presentan resultados estadísticamente significativos en su relación con la salud. Si vemos detenidamente la figura 6, podemos inferir que los evangélicos puntúan una media más alta en relación a los ateos y católicos, sin que haya una diferencia estadísticamente significativa.

En este punto se pueden mencionar un estudio como el de Yi et al., (2006) en el cual pondera la importancia que tiene la religiosidad y espiritualidad en las personas cuando confrontan situaciones difíciles. Por otra parte, es relevante mencionar que las enfermedades son parte esencial de esta etapa, en estas vivencias en cuando el adulto mayor acude a su espiritualidad y se apoya en un ser supremo. En este punto Reed (2014) menciona que en momento de enfermedad y frente a eventos estresantes crece el nivel de vulnerabilidad, es decir el conocimiento de la mortalidad, lo que lo lleva a pensar en la trascendencia. Es el momento en donde la religiosidad puede tomar un alto nivel de relevancia y muchos de ellos se enfrentan a la angustia y dificultades asumiendo sus creencias.

5.1.5. Relación entre la resiliencia y la religiosidad en adultos mayores.

Otro elemento que es relevante mencionar es la resiliencia, en los adultos mayores estudiados, la diferencia estadísticamente significativa se encuentra solo en los grupos de líderes y feligreses. En comparación con si es o no religioso, la resiliencia no mostró diferencias estadísticamente significativas, pero dentro de los religiosos, sí la muestra en función de su nivel de involucramiento con la práctica religiosa.

En este estudio se comprobó que algunos factores como una mayor función en la Iglesia predicen una mayor resiliencia en las personas mayores. Asimismo, se ha visto que la resiliencia actúa como variable mediadora entre diversos aspectos religiosos, la espiritualidad y la satisfacción con la vida, y que unos mayores niveles de resiliencia predicen una mayor satisfacción con la vida y los resultados de esta investigación evidencian la misma entre los líderes y los feligreses. En síntesis, acudir a la iglesia (religiosidad) en calidad de líder frente a feligrés, permite desarrollar o al menos se encuentra asociado a una mayor resiliencia.

Para la Asociación Española de Psicogerontología (2019) En relación con las personas mayores, la resiliencia es un conjunto de “procesos sociales e intrapsíquicos y que se combinan produciendo factores protectores ante situaciones difíciles; es decir procesos de invulnerabilidad ante situaciones de riesgo” (p.3). Otro estudio indica que la religiosidad es un factor protector de la resiliencia, ya que existe una relación entre la religiosidad y la salud física o enfermedad, de hecho, el sentimiento de que la vida sigue después de la muerte hace a las personas conscientes de su finitud, cuando se acercan al final de la vida, de llenarlos de ese “realismo de la esperanza” (Michel, 1998).

5.1.6. Relación entre la espiritualidad y religiosidad en adultos mayores.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable espiritualidad en su relación con que los adultos en estudio fueran ateos, católico o evangélicos. Siendo esta una diferencia importante. En este objetivo seis se puede observar la relación entre la espiritualidad y la religiosidad en adultos mayores.

Otro dato importante es que la diferencia entre los grupos ha sido estadísticamente significativa para la espiritualidad. En esta variable hay diferencia tanto entre los líderes con los feligreses, como entre los líderes y los predicadores. En ambas comparaciones son los líderes de la iglesia los que presentan una media mayor en espiritualidad.

El envejecimiento como se ha planteado anteriormente, existen variables que permiten mediar los estresores que generan la pérdida continua en esta etapa, estos pueden ser recursos de tipo internos, externos y de confrontación (Koenig et al., 1988). Si lo vemos desde este punto espiritual, los aspectos religiosos pertenecen a recursos internos, ya que la misma se va construyendo desde los elementos cognitivos del adulto mayor. De esta forma convierte ese apoyo social religioso como un recurso externo.

Para los adultos mayores, los estudios indican que las creencias religiosas contribuyen a la búsqueda de un balance personal, además de dar mejores condiciones a los individuos para hacer frente con su dependencia y tendencia hacia el aislamiento (Chaves et al; 2014; Roh et al; 2014) mencionan que existen numerosos estudios que documentan el impacto de las creencias y prácticas religiosas/espirituales sobre la mejora del bienestar y la satisfacción con la vida, a la vez que reducen la angustia psicológica y el riesgo de

depresión. Aunque existen otras investigaciones donde no se establece esta relación como es la planteada por Rivera y Montero (2005).

Diversos estudios asocian a la religiosidad como una fuente de apoyo emocional (Pinckard y Guo, 2008), con la satisfacción vital (Lim y Putnam, 2010) y la disminución del estrés (Krause, 2006). Además, los adultos mayores tienden a inclinarse por estrategias de afrontamiento intrapsíquico, como la religión, para manejar situaciones estresantes y resolver problemas percibidos como imposibles de solucionar (Corsentino et al., 2009; Reyes-Ortiz et al., 2008). En síntesis, la espiritualidad se vincula a la religión en la población estudiado, especialmente en los evangélicos.

5.5.7. Relación entre la esperanza y la religiosidad y espiritualidad en adultos mayores.

Estudiada la relación entre religiosidad y esperanza, la presente investigación permitió concluir que a nivel global no existe asociación entre estos dos constructos al interior del grupo de estudio. Aunque los aspectos religiosos no hayan resultado ser predictores significativos de la esperanza, esta sí ha mostrado relación positiva con la espiritualidad y se ha comprobado que una mayor espiritualidad sirve para predecir una mayor esperanza en las personas mayores de la muestra.

Como ya se ha mencionado, la religión podría guardar una alta relación con la esperanza según diversos autores (Ai et al., 2004; Coe, 2012), debido a esta pondera positivamente con la salud física y mental y por lo tanto el bienestar (Krause y Hayward, 2012; Levin et al., 2011). No siendo éste el caso de la población estudiada en esta investigación

La esperanza está considerada como un constructo positivo y categorizada como un conjunto constructivo de cogniciones acerca del futuro (Snyder y López, 2002), siendo la variable central de la personalidad cuando se trata de la obtención de las metas (Feldman et. Al. 2009; Feldman y Snyder, 2005), y está anclada en la creencia de que las personas están orientadas hacia objetivos, los cuales son metas que eligen, persiguen y desean (Coe, 2012) y a las que conceden valor (Emmons, 2005; Snyder, 2000). Finalmente, la esperanza no se

presenta en esta investigación relacionada directamente con la religión, en atención a los datos obtenidos con la población de adultos mayores de la República Dominicana.

5.1.8. Relación entre la autoeficacia y religiosidad en adultos mayores.

La autoeficacia no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos religiosos. Comparada la autoeficacia, en la población propiamente religiosa, con el tiempo en la iglesia tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas entre la infancia, la adolescencia y la adultez. Sin embargo, aunque pequeña, se muestra las diferencias entre la autoeficacia y la función que desempeña. En la comparación, las diferencias se centran entre los grupos de líderes y feligreses. Siendo los líderes los que presentan mayores puntuaciones de ambos grupos. De lo que se infiere que, aunque la autoeficacia y la religiosidad no se relacionan directamente, dentro del grupo de adultos mayores, los religiosos, especialmente los líderes, presentan mayor autoeficacia.

Para los adultos mayores la autoeficacia está vinculada con el sentimiento de ser capaces de participar en la solución de cualquier circunstancia en su vida cotidiana, aportando soluciones, lo cual les permite crear estrategias para hacer frente a las adversidades (González-Celis y Padilla, 2006). Puede que, las personas que asumen roles de líderes sientan la necesidad de sentirse capaces en la adultez mayor.

5.1.9. Resultados de los Modelos de Mediación entre variables

El modelo de mediación total de las variables autoeficacia, resiliencia y esperanza, probó el efecto directo de estas variables con la religión y la espiritualidad, sobre satisfacción con la vida. Siendo la variable de recurrir en busca de ayuda a la iglesia y la esperanza predictores para la satisfacción con la vida.

En una investigación consultada se establecen las relaciones predictivas de la esperanza sobre la satisfacción con la vida, aportando evidencia de que la esperanza cumple un papel muy importante en la percepción del envejecimiento, así como en la manera en la que se envejece (Yaghoobzadeh et al., 2018; Peña, 2020). La esperanza también ayuda a enfrentar de mejor manera los sentimientos asociados a la pérdida, el dolor, la soledad y la transformación a través de los años (Danely, 2016; Peña, 2020), elementos éstos muy presentes en el adulto mayor.

En síntesis, aunque los aspectos religiosos no hayan resultado ser predictores significativos de la esperanza, esta sí ha mostrado relación positiva con la espiritualidad y se ha comprobado que una mayor espiritualidad sirve para predecir una mayor esperanza en las personas mayores de la muestra. Algunos estudios consultados presentan la espiritualidad como un predictor con importante efecto en la esperanza. Determinando que todas las dimensiones de espiritualidad y esperanza se relacionaron positivamente con la satisfacción. Oliver et al., 2015). En este mismo estudio se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la espiritualidad y la esperanza, y los dos indicadores; especialmente potente es la predicción de la satisfacción vital (Oliver et al., 2015)

A modo de síntesis, algunos aspectos como la asistencia al lugar de culto, la función en la Iglesia y la espiritualidad también han mostrado ser unos buenos predictores de la autoeficacia, ya que unos mayores niveles en alguna de estas variables sirven para predecir una mayor autoeficacia. La autoeficacia a su vez actúa como variable protectora ya que sirve para predecir unos mayores niveles de satisfacción con la vida.

Distintos autores señalan que han encontrado en sus investigaciones que la autoeficacia y la calidad de vida se relacionan de manera importante. Así, la calidad de vida de los adultos mayores mejora mediante el fortalecimiento de la autoeficacia (Guerrero et al., 2016; González y Lima, 2017) En los análisis que integran la relación de diversos aspectos religiosos, espiritualidad con las variables que actúan como promotoras de la satisfacción con la vida en la edad adulta: (resiliencia, esperanza y autoeficacia), se comprobó que, tanto la resiliencia como la autoeficacia como la esperanza son variables que median la relación entre la asistencia al lugar de culto, la función en la Iglesia y la espiritualidad. No obstante, recurrir a la religión en busca de ayuda mostró un efecto directo en la satisfacción con la vida.

5.2. Conclusiones

Las conclusiones que se presentan están directamente vinculadas con el objetivo general, los objetivos específicos, el capítulo de resultados y discusión. Las más significativas plantean que:

1.- En los grupos estudiados (ateos, católicos y evangélicos) se han observados que existe relación entre las variables **satisfacción con la vida**, depresión y espiritualidad.

2. En la religiosidad, la población de adultos mayores abordados y autodefinidos como religiosos, mayormente inicia su pertenencia a la religión desde la infancia, siendo en mayor número los feligreses, auto considerándose moderadamente religiosos y con un alto nivel de compromiso con las enseñanzas religiosas.

3. La religiosidad como práctica habitual, reflejó en la población que se considera pertenecer a una religión, como una actividad en la que mayormente asiste al culto varias veces a la semana y ora varias veces al día. Considerando la religión como la fuente a la que recurren en busca de ayuda.

4. La mayor espiritualidad entre la población religiosa, se mostró en los adultos mayores que empezaron a pertenecer a la iglesia en la adultez.

5. Dentro de la población religiosa los líderes presentan mayores puntuaciones en las variables resiliencia, autosuficiencia y espiritualidad.

6. La edad de los adultos mayores estudiados se relaciona con la salud y la autoeficacia de manera negativa. A mayor edad una percepción de menos salud y autoeficacia

7. La espiritualidad ha mostrado en este estudio una relación positiva con la satisfacción con la vida, la resiliencia, la esperanza y la autoeficiencia. Y una relación negativa con la soledad y depresión. Esta relación negativa abre una invitación a profundizar más sobre el mismo en futuras investigaciones.

8. El género no evidenció ninguna diferencia entre los grupos de investigación y las variables en estudio.

9. La autoeficacia, resiliencia y esperanza actúan como mediadores entre la satisfacción con la vida y la asistencia al lugar de culto, la frecuencia de oración y espiritualidad, pero recurrir a la religión en busca de ayuda tiene un efecto directo y positivo en la satisfacción con la vida.

5.3. Limitaciones del Estudio

Una limitación de este estudio se inició en la escasez de medidas para evaluar la religiosidad adaptada y validada para adultos mayores. La investigación realizada no agota la diversidad de problemas y de hallazgos que se han palpado en todo el proceso.

Además, la dificultad para contactar adultos mayores que expresarán abiertamente no ser religiosos, siendo necesario acudir a las asociaciones de ateos existentes para contactar a muchos de los participantes.

Las limitaciones que acarrea el tipo de selección de grupo de estudio, el método de recolección de los datos por auto-reporte y el diseño de investigación (Hernández, Zapata y Mendoza, 2013). Es así que, por ser de tipo correlacional, la presente investigación no puede deducir relaciones causales entre las variables. Por ello, se sugiere que en próximos estudios se propongan ubicar relaciones de causa-efecto probablemente mediante el empleo de modelos longitudinales.

Este tipo de investigaciones, se beneficiarían con la inclusión de planteamientos cualitativos de investigación, que permitan una recopilación de datos individuales y de colectivos más reducidos, pero igualmente importantes. Con el uso de instrumentos como grupos focales y entrevistas a profundidad.

Los resultados presentados, permiten sugerir la necesidad de mayor atención a los adultos mayores en el país, ya que, por ejemplo: en muchos casos la religión puede estar siendo vista como un grupo de apoyo, en carencia de la existencia de los mismos.

En un país como República Dominicana, donde la religión está unida a la cultura y por tanto al proceso de socialización y cumplimiento de requisitos sociales/religiosos, como el bautismo, se hace necesario desmitificar la concepción actual del ateísmo, sobre todo en los adultos mayores.

Los resultados de esta investigación podrían sugerir la búsqueda de mayores datos en relación a la forma en que los adultos mayores de la República Dominicana viven la religiosidad. Tratando de identificar los factores socioculturales subyacentes.

Capítulo VI. Referencias Bibliográficas

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D. & Croudace, T. J. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's Psychological Well-being Scales in a population simple. *Social Indicators Research*, 97, 357-373.
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health & Quality of Life Outcomes*, 4, 76.
- Acock, A. C., Hurlbert, J. S. (1993): Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks*, 15, 309-334.
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162.
- Ai, A., Peterson, C., Tice, T., Steven, F., & Koenig, H. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimism subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 435-450.
- Alencastro, J. A. P. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 140-164. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213>
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results. *Medicina clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales IV. DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260

- Aranda, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de los adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3).
- Atchley, C. (1971). Retirement and leisure participation: continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-17.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Aymerich, M., Planes, M. y Gras, M. E. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología*, 26, 80-88. http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/10-26_1.pdf
- Baca, P. R. R. (2016). Propiedades psicométricas del test de empatía cognitiva y afectiva en estudiantes no universitarios. *Cátedra Villarreal-Psicología*, 1(1). <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/1366>
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*.
- Baker, H.J. (1958). Los superdotados. Introducción al estudio de los niños sub y superdotados
- Baltes, M.M. y Carstensen, L.L. (1999). Social-psychological theories and their application to aging: from a individual to collective. En V. I. Bengtson y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209- 226). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34).

Cambridge, MA: Cambridge University Press.

- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). *Life span theory in developmental psychology*. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (pp. 1029-1143). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 569-664). Hoboken, NJ: Wiley
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology*, 31(1), 65-110. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433?journalCode=psych>
- Bazo, M. T. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Reis*, 75-90. <https://www.jstor.org/stable/40183681>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bengston, V., Burgess, E. y Parrot, T. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52 B(2), S72-S88. <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/52B/2/S72.abstrac>
- Borrás Blasco C y Viña Ribes J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6).
- Bowland, S., Edmond, T., y Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social work*, 57(1), 73–82.
- Brandstädter y Rothermund,(2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmen-*

- Brandtstadter, J. y Greve, W. (1992). The self in old age: Adaptive and protective mechanisms. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24, 269-297.
- Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). Explaining the resilience of the aging self: Reply to Carstensen and Freund. *Developmental Review*, 14, 93-102.
- Brandtstadter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/016502549301600212>
- Brix, C., Schleußner, C., Füller, J., Röhrig, B., Wendt, T. G., y Strauß, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cáncer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 541-548
- Brown, B., Mounts, N., Lamborn, S. y Steinberh, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Buz, J., & Prieto Adánez, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 12(3), 971-981.
- Calatayud, E., Plo, F., & Muro, C. (2020). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. *Atención Primaria*, 52(1), 38-46.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303767>
- Campbell, C. S. (1998). Religion and the body in medical research. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8(3), 275-305.
- Campos, F. R. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, (16), 83-104.
- Campos, M., Iraurgi, I., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes, un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., & Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(6), 326-331. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494316302163>
- Cappeliez, P. (2002). Cognitive-remembrance therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. En J. D. Webster y B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 300-313). New York: Springer
- Carstensen, L. L. (1998). *A life-span approach to social motivation*. New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. y Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation & Emotion*, 27, 103-123.
- Carstensen, L. L., Gross, J. J. y Fung, H. H. (1997). The social context of emotional experience. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on emotion and Adult Development* (Vol. 17, pp. 325-532). New York: Springer.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Carver, C. S. y Connor, S. J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
- Castro, A. y Sánchez, M. (2000), "Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios", *Psicothema*. Vol. 12, nº 1, pp. 87-92.
- Catunda, M. (2008). Teorias sociológicas do envelhecimento. En: A. Neri (Eds) *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e*

- sociológicas* (pp. 73-112). Campinas, Brasil: Papirus.
- CELADE (2003). *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007). *Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)*. RD: ENDESA [Consultado 10 de diciembre 2015]. Disponible en: www.cesdem.com/html/encuesta_demografica_y_de_salud_2007.pdf
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012). *Panorama Social de América Latina, 2011* (LC/G.2514-P) Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.12.11. G.6.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2015). *República Dominicana: Perfil Nacional Socio-Demográfico*. [En línea]: CEPALSTAT. Base de datos y Publicaciones Estadística. http://interwp.cepal.org/cepalstat/WEB_cepalstat/Perfil_nacional_social.asp?Pais=DOM&idioma=e
- Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., Jin, S.F., Chu, T.L., Huang, T.S. y Clark, M.J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research*, 14, 36-45.
- Chiriboga Zambrano, R. D., & Sánchez Alcala Díaz, P. (2005). Red familiar y social del adulto mayor con y sin antecedentes migratorios de áreas rurales de Guerrero y Modelos. *Med. fam.(Caracas)*, 33-40.
- Cho, H., Jeong, S. H., Park, M. H., Kim, Y. H., Wolf, C., Lee, C. L., ... & Lee, T. W. (2015). Overcoming the electroluminescence efficiency limitations of perovskite light-emitting diodes. *Science*, 350(6265), 1222-1225. <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.aad1818>
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public administration review*, 67(6), 1059-1066. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>
- Clark, R. (2004). *Religiousness, Spirituality, and IQ: Are They Linked?* Explorations: An

- Undergraduate Research Journal. Extraído el 12 de abril del 2007 de:
<http://undergraduatestudies.ucdavis.edu/explorations/2004/clark.pdf>
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D. y Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: Findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 19, 139-159.
- Coe, D. (2012). Differential levels of subjective hope related to religious identification. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 73(5-B), 3249
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates. *Hillsdale, NJ*, 20-26.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. In *Psychological bulletin*.
- Colcombe, S. J., Kramer, A. F., McAuley, E., Erickson, K. I., & Scalf, P. (2004). Neurocognitive aging and cardiovascular fitness. *Journal of molecular neuroscience*, 24(1), 9-14. <https://link.springer.com/article/10.1385/JMN:24:1:009>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Consejo Nacional de Discapacidad CONADIS (2010) Memoria Institucional. Accesado en abril 2021. Disponible en <http://conadis.gob.do>
- Constitución De la República Dominicana (2010) Santo Domingo. Gaceta Oficial.
- Cowgill, D. O., & Holmes, L. D. (1972). Summary and conclusions: The theory in review. *Aging and modernization*, 305-323.
- Craig, C. J. (2001). The relationships between and among teachers' narrative knowledge, communities of knowing, and school reform: A case of "The Monkey's Paw". *Curriculum inquiry*, 31(3), 303-331.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1111/0362-6784.00199>

- Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, 83-96.
- Cueva, C. P. O., Ramos, E. F., & Rodríguez, M. L. N. (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revista Edu-Física*, 12(26), 47-56. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218/1721>
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books. doi <https://doi.org/10.1093/sw/7.3.122>
- Curcio, C. (2010). Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 144-166 [[Links](#)]
- De Bizkaia, D. F. (2010). Departamento de Medio Ambiente. *Guía técnica para el control de las actividades clasificadas respecto a la generación de ruido y vibraciones*. Bizkaia: Labein Tecnalia.
- De Jong Gierveld, J. & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- De Miguel Álvarez, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista internacional de Sociología*, 61(35), 127-150. <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/303>
- Departamento de Estado de los Estados Unidos - Buró de Democracia, Derechos Humanos (2015) Informe Internacional Sobre Libertad Religiosa en República Dominicana. <https://do.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/281/2017/06/libertadreligiosadr.pdf>
- Depp, C. A. y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Díaz Sánchez V, García Huete ME, Marín Morales MD, Campo Cecilia E. (2008). Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Biblioteca Lascasas*; 4(1).

- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno, J., B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Díaz, J. F. y Sánchez, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17, 151-158.
- Diehl, M., Coyle, N. y Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology & Aging*, 11, 127-139.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575
- Diener, E. (1994). El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-9280.00415>
- Diener, E., Horwitz, J., & Emmons, R. A. (1985). Happiness of the very wealthy. *Social indicators research*, 16(3), 263-274.
<https://link.springer.com/article/10.1007/bf00415126>
- DiGiovanna, J. J., & Bale, S. J. (1994). Clinical heterogeneity in epidermolytic hyperkeratosis. *Archives of dermatology*, 130(8), 1026-1035.
<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/555970>
- Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., & May, A. (2004). Changes in grey matter induced by training. *Nature*, 427(6972), 311-312.
- Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista colombiana de psicología*, 19(2), 207-224.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692010000200005

- Dulcey-Ruiz, E. y Valdivieso, C. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 17-27.
- Durán, M., Extremera, N., Montalbán, F. y Rey, L. (2005). Engagement y burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una muestra de profesores, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 12, 145-158.
- Eliade(1967) Lo sagrado y lo Profano. Madrid 1967. P.25.
http://www.google.com.co/#hl=es&biw=1344&bih=555&rlz=1R2TSNA_enCO398&q=ELIADE+M.+Lo+sagrado+y+lo+Profano
- Emmons, R. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning and religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731-745.
- Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado (edición revisada). Barcelona: Paidós
- Erikson, E. H. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Erikson, E. H. (1982). *El ciclo vital completado* (1982). Barcelona: Paidós.
- Erikson, E.H. (1950). The life cycle completed. Nueva York: Norton. (Ed. cast.: El ciclo vital completado (1982). 2ª ed. Barcelona: Paidós.
- Esquivel, J. R., & Calleja, A. M. M. (2020). La vejez y su representación social. Una mirada a los significados, imágenes y prácticas asociadas al envejecimiento por personas adultas mayores de la ciudad de Morelia, México. *Ixaya. Revista Universitaria de Desarrollo Social*, 10(19), 41-68. <file:///C:/Users/beren/Downloads/7627-Texto%20del%20art%C3%ADculo-24492-1-10-20210128.pdf>
- Estrada, M. S., Forteza, C. G., García, R. R., & Palos, P. A. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20(2), 41-48.
- Facal D, González MF, Buiza C, Laskibar I, Urdaneta E, Yanguas J.(2009) Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: resultados del Estudio longitudinal Donostia. *Rev*

Logop Foniatr Audiol. [http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603\(09\)70138-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603(09)70138-X)

- Fachado, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*, 19(2), 118-123. https://www.researchgate.net/profile/Alfonso-Alonso-Fachado/publication/322909571_Apoyo_social_mecanismos_y_modelos_de_influencia_sobre_la_enfermedad_cronica/links/5a755c8a45851541ce566eaf/Apoyo-social-mecanismos-y-modelos-de-influencia-sobre-la-enfermedad-cronica.pdf
- Featherstone, M. y Hepworth, M. (1991). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. Londres: Sage. doi <https://doi.org/10.4135/9781446280546> [Links]
- Federación Internacional de Derechos Humanos 2003).
- Feldman, D., & Snyder, C. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 401-421.
- Feldman, D., Rand, K., & Kahle-Wroblewski, K. (2009). Hope and goal attainment: Testing a basic prediction of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(4), 479-497.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1406>
- Fernández J. y García, A. (1994), Redes de Apoyo Social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6, 39-47.
- Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*, (3). <https://ddd.uab.cat/record/51675/?ln=en&=1>
- Fernández, A. S., & Navarro, K. H. (Eds.). (2009). *Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional en el adulto*. Universidad Iberoamericana. [https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=dYvwlmyHu1kC&oi=fnd&pg=PA19&dq=Fern%C3%A1ndez+\(2009\)+adulto&ots=5AaJN0_M5a&sig=gTKRYS4](https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=dYvwlmyHu1kC&oi=fnd&pg=PA19&dq=Fern%C3%A1ndez+(2009)+adulto&ots=5AaJN0_M5a&sig=gTKRYS4)

[8yEWFGdUOxE1G9Rm-](#)

[HHo&redir_esc=y#v=onepage&q=Fern%C3%A1ndez%20\(2009\)%20adulto&f=false](#)

Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., & Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 6-12.

Fernández-Abascal, E. G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. *Emociones positivas*, 27-46.
<https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/677323/Emociones+positivas%2C%20psicolog%C3%ADa+positiva+y+bienestar.+Enrique+G++Fern%C3%A1ndez-Abascal.pdf>

Fernandez-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65, <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1045.2341&rep=rep1&type=pdf>

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe Publishing. [https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=L1VfAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR2&dq=Fern%C3%A1ndez-Ballesteros,+2008\).&ots=F8zCuz1kjU&sig=ATRK3vLkhV4E2NK_zQvc7BHc834&redir_esc=y#v=onepage&q=Fern%C3%A1ndez-Ballesteros%2C%202008\).&f=false](https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=L1VfAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR2&dq=Fern%C3%A1ndez-Ballesteros,+2008).&ots=F8zCuz1kjU&sig=ATRK3vLkhV4E2NK_zQvc7BHc834&redir_esc=y#v=onepage&q=Fern%C3%A1ndez-Ballesteros%2C%202008).&f=false)

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

Fleischman, D. A., Wilson, R. S., Gabrieli, J. D., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2004). A longitudinal study of implicit and explicit memory in old persons. *Psychology and aging*, 19(4), 617. <https://psycnet.apa.org/buy/2004-21181-008>

FMI (Fondo Monetario Internacional) (2015). *Perspectivas de la Economía Mundial*:

- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Dato sobre la vejez en la República Dominicana. <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es>
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment*, 5(3), 205-217
- Frank, R. H. (2016). Success and luck. In *Success and Luck*. Princeton University Press.
- Friedman, B. (2002). The birth of an academic obsession: The history of the countermajoritarian difficulty, part five. *Yale LJ*, 112, 153.
- Fries, P. H. (2002). On theme, rheme and discourse goals. In *Advances in written text analysis* (pp. 243-263). Routledge.
- Galiana, L., Oliver, A., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2015). Dimensionality and validation of the Dispositional Hope Scale in a Spanish sample. *Social Indicators Research*, 120(1), 297-308.
- Gallardo-Peralta, L. P. (2017). The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*, 60(6), 1498-1511. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020872817702433>
- Gallardo-Peralta, L., & Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000200169&script=sci_arttext
- Gallardo-Peralta, L., & Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000200169&script=sci_arttext
- García Martín, M.A. (2002): Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. Educación física y deportes: Revista Digital, 8(48). Descargado el 2 de octubre de 2007 de

<http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.htm>.

García y González, 2000; La categoría bienestar psicológico.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010

García, Díaz, y Peralta, 2014; Percepción de salud y bienestar en la vejez.

<https://www.redalyc.org/journal/3396/339657511001/html/>

García, y Hombrados, 2002. María, Isabel, G., Palmas. (2014). Trabajo Social y resiliencia:

revisión de elementos convergentes. Universidad de Huelva.

<https://www.redalyc.org/pdf/1610/161028683009.pdf>

García-Viniegras & González-Benítez (2000) (GEERTZ Clifford) (1973). la interpretación de las culturas. Editorial Gedisa. Barcelona. (Original) 1973. P.100

George, I. (1981). Subjective well-being. Conceptual and methodological issues. En C.

Eisdorfer (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 345-382). New

York: Springer.

Ginn, J. y Arber, S. (1996). “Mera conexión”. Relaciones entre género y envejecimiento. En:

S. Arber y J. Ginn (Eds.), *Relación entre género y envejecimiento* (pp. 17-34).

Madrid: Narcea.

Golpe, L.I. (2005). Sistemas formales e informales de apoyo social para adultos mayores en

Argentina. Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de

América del Sur. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación,

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LGolpe_p.pdf

Gómez Díaz, A. N., & Toro Orjuela, A. F. (2020). *Estudio teórico sobre vejez y*

envejecimiento (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

[https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11966/1/T.TS_GomezAngie-](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11966/1/T.TS_GomezAngie-ToroAndres_2020.pdf)

[ToroAndres_2020.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11966/1/T.TS_GomezAngie-ToroAndres_2020.pdf)

Gómez, J., y Curcio, C. (2014). *Salud del anciano: valoración*. Manizales: Blaneconor.

- González, A. y Lima, L. (2017) Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 5, núm. 15, 2017.
- González-Celis, A. L. y Gómez-Benito, J. (2013). Spirituality and quality of life and its effect on depression in older adults in Mexico. *Psychology*, 4(3), 178-182. <https://doi.org/10.4236/psych.2013.43027>
- González-Celis, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. vol.5 no.3.
- Gubrium, J. y Holstein, J. (1999). *Constructing the life course*. Dix hills. New York: General Hall.
- Guerrero, A., Parra, S. y Mendoza, O. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (2), 193-203.
- Krause, N., & Hayward, D. (2012). Religion, meaning in life, and change in Physical functioning during late adulthood. *Journal of adult dev*, 19, 158-169 DOI 10.1007/s10804-012-9143-5
- Hans Thomaes, Baltes, 1987; The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment. *Envejecimiento exitoso: Perspectivas desde las ciencias del comportamiento*, 4,265. <https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=0oEJaiK30wUC&oi=fnd&pg=PA265&dq=Hans+Thomae,+Baltes,+1987&ots=IKGP1Z-0uU&sig=w6diUt6iivUXxFZ6e6uTx62Lb18#v=onepage&q&f=false>
- Harris, B. (2010). Spiritual well-being in long-term survivors with chronic graft-versus-host disease after hematopoietic stem cell transplantation. *The Journal of Supportive Oncology*, 8, 119-125. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20552925>
- Havighurst, R. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Longmans. Green. New York.
- Heckhausen, J. E. y Dweck, C. S. (1998). *Motivation and self-regulation across the life span*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-course theory of control. *Psychological Review*,

102, 284-304.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1999). The primacy of primary control is a human universal: a reply to Gould's (1999) critique of the life-span theory of control.

Heckhausen, J., Wrosch, C. y Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117, 32-60.

Hernández, A. (2016). *Envejecimiento y longevidad: fatalidad y devenir. Teorías, datos y vivencias*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social.

Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud mental*, 30(5), 40-46.

Hervieu-Léger (1993) La religión pour mémoire. Paris Pág. 98-103. Tomado de “Manifestaciones actuales de la religiosidad. Dionisio Toribio. 2010. Congreso internacional el fenómeno Religioso hoy.

Hervieu Leger (1993). La "religión", ¿un objeto sociológico pertinente? <https://www.jstor.org/stable/25614159>

Hervieu-Lèger, 2004, p. 17-18). La “religión”, ¿un objeto sociológico pertinente. <https://www.Downloads/Dialnet-LaReligion-6164049.pdf>

Hoyl & Pedemonte (2004). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213/286>

<https://doi.org/10.1093/sw/swr001>

<https://muse.jhu.edu/article/18594/summary>

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>

Huenchuan, Guzmán y Montes, (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>

- Izal, M. y Montorio, I. (1993). Adaptation of the Geriatric Depression Scale: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 13, 83-91.
- Izal, M. y Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 6, 329-337.
- Jamison, M. G., Weidner, A. C., Romero, A. A., y Amundsen, C. L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 18(10), 1127-1132.
- Jáuregui, Poblete y Salgado, (2006). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. México. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2015/06/CL10.pdf>
- Jin, J., & Maren, S. (2015). Prefrontal-hippocampal interactions in memory and emotion. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 9, 170. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2015.00170>
- June, A., Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Klebe, K. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: an exploratory study. *Aging & mental health*, 13(5), 753–760. <https://doi.org/10.1080/13607860902918215>
- June, A., Segal, D., Klebe, K. y Coolidge, F. (2008). Targeting family support and religiousness to increase resilience among older adults. *The Gerontologist*, 48, 131.
- Jung, (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70.
- Kaplan Daniel y Berkman Barbara (2021) Religión y espiritualidad en los ancianos. <https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>
- Kaplan, D. (2021). *Cuidado del anciano por parte de su familia*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos->

sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia

- Kaplan, D. (2021). *Religión y espiritualidad en los ancianos*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos#:~:text=La%20religi%C3%B3n%20no%20siempre%20es,ilusiones%20relacionadas%20con%20la%20religi%C3%B3n>.
- Keyes, C. L. M. y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Dir.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). Londres: Oxford University Press.
- Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. (2002) Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Khan, R.L. y Toni Antonucci (1980), "Convoys over the life course: attachment, roles and social support", *Life-span Development and Behavior*, P.B. Baltes y O. Brim (comps.), vol. 3, Boston, Lexington.
- Kuypers, J. & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development*, 16(3), 181-201. <https://doi.org/10.1159/000271275>
- Lac, A., Austin, N., Lemke, R., Poojary, S., y Hunter, P. (2017). Association between religious practice and risk of depression in older people in the subacute setting. *Australasian journal on ageing*, 36(2), E31–E34. <https://doi.org/10.1111/ajag.12384>
- LaChapelle, D. L. y Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences in coping with pain
- Lang y Carstensen, 2002). Lee, Lang y yen, 2011). La influencia de la perspectiva del tiempo futuro en el compromiso y el desempeño laboral: el papel de la elaboración del trabajo. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1359432X.2016.1209489>
- Lawson, E. y Thomas, C. (2007). Wading in the Waters: Spirituality and Older Black Katrina Survivors. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(2), 341-

54. Recuperado de http://muse.jhu.edu/login?uri=/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v018/18.2lawson.html
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Ledesma, Montero, R. A. (2005). *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos*. Salud mental. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>
- Lee, 2011; Ronneberg, Miller, Dugan, y Porell, 2016). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000200169&script=sci_arttext
- Levin, J., Chatters, L., & Taylor, R. (2011). Theory in religion, aging and health: An overview. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 389-406.
- Li, 2000. Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. *Rev Neurol*, 31(11), 1054-65.
- Librán, E. C. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 38-44. <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/personality-dimensions-and-subjective-wellbeing/3372D4AB773A7617FCE0B43D01045B7F>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M. J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V. G., Wallston, K. A., & Gómez-Benito, J. (2014). Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young Spanish sample. *The Spanish journal of psychology*, 17.
- Lin y Ensel, 1989). Estrés vital y salud: factores estresantes y recursos. *American sociological review*, 382-399.
- Lösel, Blieneser y Koflerl, 1989; La salud desde la perspectiva de la resiliencia. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3>

- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 739-795). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc
- Malinowski (1948). Libertad y civilización. In *Libertad y civilización* (pp. 305-305). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1208976>
- Malinowski Bronislaw. Magia Ciencia y Religión. Ed, Planeta Agostini. Trad. Antonio Pérez Ramos. 1948. Pg. 33
- Marler, P. L. y Hadaway, C. K. (2002). “Being religious” or “being spiritual” in America: A zero-sum proposition? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 289–300. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00117>
- Martin, M. (2007). *Introducción al ateísmo*. Akal. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CNgw0WaIWcoC&oi=fnd&pg=PA5&dq=info:jDHAtALYtwIJ:scholar.google.com/&ots=r6fQaq8QKS&sig=MFfgj980V6aYc4VZ6QbZpcgOu-g#v=onepage&q&f=false>
- Martin-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467.
- Meléndez (1994), La jubilación y su percepción. Servei de Publicacions. Universitat de Valencia.
- Meléndez et. al. 2016; Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento psicológico*, 14(2), 101-112. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612016000200008
- Meléndez, J. C. Charco, L., Mayordomo, T. y Galán, A. S. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25, 319-323.

- Meléndez, J. C., Fortuna T. F. B., Sales, A. y Mayordomo, T. (2015). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology, 10*, 240-247.
- Melendez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P. y Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology, 15*, 1089-1098.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 43*, 90-95.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología, 27*, 164-169.
- Meléndez, J.C., Tomás, J.M. y Navarro, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México, 49*, 408-416.
- Meléndez, J.C.; Navarro, E.; Oliver, A. y Tomás, J.M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología, 95*, 29-42. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N95-2.pdf>
- Melzer, I., Benjuya, N., & Kaplanski, J. (2004). Aging-induced shifts from a reliance on sensory input to muscle cocontraction during balanced standing. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 59*(2), 166–171. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.2.m166>
- Mendoza y Martínez (2009), La teoría de la actividad de formación por etapas de las acciones mentales en la resolución de problemas. <https://w3.dmat.ufrr.br/hector/Artigo1.pdf>
- Milgram, N. A., & Palti, G. (1993). Psychosocial characteristics of resilient children. *Journal of research in personality, 27*(3), 207-221. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0092656683710159>
- Miralles, (2011). Evaluación ocupacional en salud mental. In *Terapia ocupacional en salud mental* (pp. 89-111). Masson. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5351054>

- Molina, C. y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatria*, 22, 97-105.
- Moody, H. (1992). Gerontology and Critical Theory. *The Gerontologist* 32:294-295. doi <https://doi.org/10.1093/geront/32.3.294>
- Morales & Gouzy, (2014). *Estudio teórico sobre vejez y envejecimiento* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios). https://scholar.google.com.do/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Morales+%26+Gouzy%2C+%282014%29+&btnG=
- Moreno-Jiménez (2008). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. <https://saludlaboralydiscapacidad.org/wp-content/uploads/2019/05/Factores-y-riesgos-psicosociales-Formas-consecuencias-medidas-y-buenas-pr%C3%A1cticas.pdf>
- Moreta-Herrera, R., Gaibor, I. y Barrera, L. (2008). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios. https://www.researchgate.net/publication/320311989_El_bienestar_psicologico_y_la_satisfaccion_con_la_vida_como_predictores_del_bienestar_social_en_una_muestra_de_universitarios_ecuatorianos
- Mroczek y Kolarz (1998). El efecto de la edad en el afecto positivo y negativo: una perspectiva de desarrollo sobre la felicidad. <https://psycnet.apa.org/record/1998-11403-016>
- Murilo y Molero, (2012). Calidad de vida, cuidadores e intervención. https://www.researchgate.net/profile/Maritza-Garcia-Toro/publication/335023669_Factores_psicologicos_protectores_en_cuidadores_familiares_de_personas_con_Alzheimer_Precoz_Hereditario/links/5d4afe3592851cd046a6ed8a/Factores-psicologicos-protectores-en-cuidadores-familiares-de-personas-con-Alzheimer-Precoz-Hereditario.pdf
- Muthén L. K., Muthén B. O. (1998–2018). *Mplus user's guide*. Naciones Unidas. (2019). "Envejecimiento". Obtenido de

<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

- Naciones Unidas. División de Población (2009). *Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development (ST/ESA/SER.A/149)*. New York: ONU.
- Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19, 17-21.
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful
- Nelson, W. (1989). *Diccionario de la historia de la iglesia*. Nashville: Editora Caribe.
- Nesselroade, J. y Baltes, P. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva: Enfoque del Ciclo Vital*. España: Morata.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Núñez, 2005. Biología del envejecimiento. In *Geriatría desde el principio* (pp. 15-38). Glosa. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5905743>
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory* 3rd edition (MacGraw-Hill, New York).
- O.P.S. (2020). *Envejecimiento saludable*. OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es
- Oddone, M (2011). La teoría social del envejecimiento. Un análisis histórico. En Roberto Barca (Comp.) *La gerontología a través de una historia institucional*. Obtenido de: https://www.academia.edu/12284524/Centro_de_d%C3%ADa_La_gerontolog%C3%ADa_a_trav%C3%A9s_de_una_historia
- Oficina Nacional de Estadísticas (2007). *República Dominicana en cifras*. Santo Domingo: ONE.

- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2020) Boletín Demográfico y Social. <https://www.one.com.do>
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E. y Lucas, R. E. (1999). Value as a moderator in subjective well-being
- Okun, M.A.-Stock, W.A. (1987): Correlates and components of subjective wellbeing among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6, 95-112.
- Oliver A, Galiana L., Sancho P, Tomás JM. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*. 15 (2): 228-238. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.7
- OMS, (1974). Concepto de bienestar. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- OMS, 2002). Concepto de envejecimiento. https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1
- Orgambídez, A. y Mendoza, M. I. (2006). Bienestar subjetivo en pre jubilados de Andalucía occidental. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41, 270-276.
- Organización de Naciones Unidas (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Nueva York: ONU. Revisado el 15 de mayo de 2006 desde Internet: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletín/olderpersons/princ.html>.
- Organización Mundial de la Salud (1982). Derechos y responsabilidades de las personas de edad. Ginebra: OMS. Revisado el 15 de mayo de 2006 desde Internet: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/VDerechosResponsabilidades.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Comunicado de prensa 9915, 30 de junio de 1999*. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa
- Ortega, C. (2020). Ciencias aplicadas al deporte. *enfoques teoricos del envejecimiento y la vejez*, 12(26), 47-48. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218/1721>

- Ortega, Fajardo y Núñez, (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218>
- Ortiz, J.B. y Castro, M. (2009). Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: Contribución de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15, 25-31.
- Osborn, (1993). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica www.http://Dialnet-DesarrolloTeoricoDeLaResilienciaYSuAplicacionEnSit-4220133.pdf
- Ouchi, Y., Rakugi, H., Arai, H., Akishita, M., Ito, H., Toba, K., Kai, I., & Joint Committee of Japan Gerontological Society (JGLS) and Japan Geriatrics Society (JGS) on the definition and classification of the elderly. (2017). Redefiniendo a los adultos mayores como mayores de 75 años: Propuesta del Comité Conjunto de la Sociedad Gerontológica de Japón y la Sociedad de Geriátrica de Japón. <https://fpcj.jp/wp/wp-content/uploads/2017/07/645c237f1ad7425200d186866d6a2c25.pdf>
- Owsley, C. & Jackson, G. R., (2003). Visual dysfunction, neurodegenerative diseases, and aging. *Neurologic Clinics*, 21(3), 709–728. [https://doi.org/10.1016/s0733-8619\(02\)00107-x](https://doi.org/10.1016/s0733-8619(02)00107-x) [https://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619\(02\)00107-X/fulltext](https://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619(02)00107-X/fulltext)
- Pan, J. y Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50, 164-176.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. E. (2002). Strengths of character and well-being: A closer look at hope and modesty. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 628-634.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The journal of positive psychology*, 3(2), 137-152.
- Peña Contreras, E. K. (2020). Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca-Ecuador. <https://roderic.uv.es/handle/10550/76638>

- Peña, K. (2020) Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca, Ecuador. Tesis Doctoral Universidad de Valencia. España.
- Pérez Rodríguez, A. M., & Sandino Nieto, C. (2003). Tipos de religiosidad y su relación con la depresión en adultos bogotanos.
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C., & Zuddas, C. (2016), Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. <https://www.google.com/search?q=Petretto+et+al.+%282016%29&sxsrf=ALiCzsZs1mCpauticxN-Vk283zBdmtwbTQ%3A1666141088429&ei=oEtPY-PsGd6HwbkPq9ijqA0&ved=0ahUKEwjvOKdi->
- Pinquart, M. y Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes. A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16, 541-558
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-216.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R. y Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults. A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 645-657.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS Advances in Nursing Science*, 19, 1-13.
- Pressey, S. L. y Simcoe, E. (1950). Case study comparisons of successful and problem old people. *Journal of Gerontology*, 5, 168-175.
- Pew Research Center (2014) La religión en América Latina. Consultado en enero, 2020. Disponible en <https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/7/2014/11/PEW-RESEARCH-CENTER-Religion-in-Latin-America-Overview-SPANISH-TRANSLATION-for-publication-11-13.pdf>
- Quiñones, T. I. S., Guedea, M. T. D., & Noriega, J. Á. V. (2005). Bienestar subjetivo,

- enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57-78.
- Quiñones, T. I. S., Guedea, M. T. D., & Noriega, J. Á. V. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57-78.
<https://www.redalyc.org/pdf/802/80270205.pdf>
- Ramos Domínguez, B. N. (2005). Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 0-0.
- Ramos, J. A., Montejo, M. L., Lafuente, R., Ponce de León, C. y Moreno, A. (1991). Validación de la escala de criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 19, 174-177.
- Ramos, Rodríguez, & Márquez, (2021). Artículo de revisión sobre la prevención del envejecimiento patológico con base en factores psíquicos protectores. *Entretextos*, (36).
https://scholar.google.com.do/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Ramos%2C+Rodr%C3%ADguez%2C+%26+M%3%A1rquez%2C+%282021%29&btnG=
- Ranzijn, R. (2002). The potential of older adults to enhance community quality of life: Links between positive psychology and productive aging. *Ageing International*, 27, 30-55.
- Ravello Bullon, I. D. R. (2018). Apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/544/ISABEL%20DEL%20ROSARIO%20RAVELLO%20BULLON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reichard, Livson y Petersen (1962). Jubilación: análisis psicosocial.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-jubilacion-analisis-psicosocial-13011663>
- Richards y Deary, (2005). Un enfoque de curso de vida para la reserva cognitiva: un modelo para el envejecimiento y el desarrollo cognitivo.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ana.20637>

- Rico-Rosillo, G., Oliva-Rico, D., y Vega-Robledo, N. (2018). Envejecimiento. Algunas teorías, y consideraciones genéticas, epigenéticas ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3), 287-294
- Riegel, 1972a, 1972b, 1976a, 1976b. Psicología social del envejecimiento y la perspectiva del ciclo vital: consideraciones críticas. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44807191/SocialPs.Aging_2010-libre.pdf?1460857342=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSocial_Psychology_of_Aging_and_the_Lifes.pdf&Expires=1666149684&Signature=CS7oBrbzZLXX8m91pDQArP27IQaXL2IfI Q1O4iiA
- Riegel, Riegel, & Meyer, (1967). Factores sociopsicológicos del envejecimiento: un análisis secuencial de cohortes. <https://www.jstor.org/stable/26761813>
- Riley, Johnson y Foner (1972). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. [www.hptt//Dialnet-ModelosSociologicosDeLaVejezYSuRepercusionEnLosMed-2651197.pdf](http://Dialnet-ModelosSociologicosDeLaVejezYSuRepercusionEnLosMed-2651197.pdf)
- Riley, M. W. (1987). On the Significance of Age in Sociology. *American Sociological Review*, 52(1), 1-14. doi <https://doi.org/10.2307/2095388>
- Riley, M., Johnson, M. and Foner, A. (1972). *Ageing and Society*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rivera, A. y Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores. *Salud Mental*, 28, 51-58.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 28(6), 51-58 https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000600051&script=sci_arttext
- Robledo, C. A., Orejuela, J. J. (2021). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Rev. Guillermo de Ockham*, 18(1), 95-102. doi: <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Robledo, D. L. (2016). "Los paralogismos de la vejez". *Revista Estudios del Desarrollo*

Social: Cuba y América Latina,
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000100009

- Robson y Hansson, 2007). Autodesarrollo estratégico para un envejecimiento exitoso en el trabajo. <https://psycnet.apa.org/record/2007-07082-002>
- Robyn, F. y Haden, C. A. (2003). *Autobiographical memory and the construction of a narrative*
- Rodríguez Pérez, J. (2001). Valoración integral de los adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería, 17*, 90-94.
- Rodríguez-Marín, J., Ángeles Pastor, M. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5(Supl.)*, 349-372.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rose, A. y Peterson, W. (1968). *Older people on the social world*. Philadelphia: Davis.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. y Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality & Social Psychology, 42*, 5-37.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist, 37*, 433-440.
- Ruiz-Clavijo, A. B. C. (2020). Envejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (72)*, 49-60.
- Ryan, R.M., y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-66
- Ryff CD, Keyes CLM. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*1995; 69: 719–727.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? *Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers*, 57(6):1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. *Psychology & Aging*, 6, 286-295.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality & Social Psychology*, 82, 1007-1022
- Ryff, C. D. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality & Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C.D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia*. (pp. 77-98). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Ryff, C.D. y Heincke, S.G. (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 807-816.
- Salazar-Barajas, M. E., Avila-Alpirez, H., Ruiz-Cerino, J. M., Guerra-Ordoñez, J. A., Pérez-Zuñiga, X., & Duran-Badillo, T. (2020). Uso de la metodología Walker y Avant para análisis del concepto:
- Sancho (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una

- aproximación al concepto de satisfacción Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239912000922>
- Satorres, E., Viguier, P., Fortuna, F. B., & Meléndez, J. C. (2018). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults. *Stress and Health, 34*(2), 227-234
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia, 126*(5), 1763-1768.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. *J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs, 35*, 37.
- Seligman, M. E. (1998). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. (1999). The president's address. *American Psychologist, 54*, 559-562.
- Seligman, M. E. (2003). *La auténtica felicidad. La nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist, 61*(8), 774.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist, 61*(8), 774. <https://psycnet.apa.org/buy/2006-21079-029>
- Seligman, M., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*, 774-786.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social indicators research, 5*(1), 475-492.
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00352944>
- Shock, N. W., Greulich, R. C., Aremberg, D., Costa, P. T., Lakattam E. G. y Tobin, J. D. (1984). *Normal Human Aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Washington, D.C.: National Institutes of Health.

- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*(1), 94-101.
- Singer, T., Lindenberger, U. y Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss? *Psychology & Aging, 18*, 306-317.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216-269.
- Smith, B. W., y Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and Resilience in women with arthritis: Test of a Two-Factor Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(5), 799-810.
- Snyder, C. (2000). *Handbook of hope*. California: Academic Press.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 321-335.
- Springer, K. V. y Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research, 35*, 1080-1102.
- Starrat y Peterson, (1997). *Personalidad y Envejecimiento Normal*.
https://www.google.com/search?q=translate&sxsrf=ALiCzsYgwanKvJXYTjoHg6CZ7JrzAo-bHA%3A1666120507594&source=hp&ei=O_tOY7adIo-q1sQP47mZuAE&iflsig=AJiK0e8AAAAAY08JSyb8PzfidD5LiXP3f-8tvYlm7Tox&oq=tr&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIECCMQJzIECCMQJzIECCMQJzILCAAQgAQQsQMgEYBAgAEEMyEAgAEIAEEIcCELEDEIMBEBQyBQgAEIAEMgQIABBDMgsIABCABBCxAxCDATIRCC4QgAQQsQMgEQxwEQrwE6EAguELEDEIMBEMcBENEDEENQAFjOAWDxCmgAcAB4AIABpAGIAZECKgEDMC4ymAEAoAEB&scient=gws-wiz
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. y Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. En D.

- Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology* (pp. 801-847). New York: Wiley.
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2009). Faking it: Personality and individual difference predictors of willingness to buy counterfeit goods. *The Journal of Socio-Economics*, 38(5), 820-825.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. A. Bollen & J. S. Long (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Sage.
- Thayer, R. E., Newman, J. R. y McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67, 910-925.
- Thomae, H. (1979). Personality development in two cultures: A selective review on research aims and issues. *Human Development*, 296-319.
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 42-54. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy & Research*, 13, 343-361.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 298-304.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P. y Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 283-289.
- Tomás, J. M., Sancho, P. y Meléndez, J. C. (2013). Validación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Psicología Conductual*, 21, 103-122.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling

- approach. *Aging & Mental Health*, 16, 317-326.
- Torre, R. D. L. (2020). La religiosidad popular como “entre-medio” entre la religión institucional y la espiritualidad individualizada. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 12, 506-521.
- Torregrosa, M. (2019). Museos y género: una asignatura pendiente. *Educación artística: revista de investigación*.
- Torres, L. (2015). *Factores psicológicos que inciden en el adulto mayorm*. madimay. http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/pdf_26
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100, 1151-64.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M. J. y Pinazo, S. (2005). The meaning of grandparenthood: Do adolescent grandchildren perceive the relationship and role in the same way as their grandparents do? *Journal of Intergenerational Relationships*, 3, 101-121.
- Triadó, D. (2001). Catàleg de publicacions d'història i arqueologia de Mataró. *Sessió d'Estudis Mataronins*, 235-252.
- Triadó, M.C. (2003). Envejecer en entornos rurales. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19 [fecha de publicación: 13/06/2005]
- UNFPA (2016) Datos sobre la vejez en República Dominicana. <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publicaciones/datos-sobre-la-vejez-en-rep%C3%BAblica-dominicana?page=2%2C0%2C0>.
- Uriarte Arciniega, J. D. D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo.
- Uriarte, J. D. (2014). Resiliencia y envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4, 67-77.
- Urrego, M., Escobar, J., Montañés, P., Bergman, I., & Holmes, O. W. (2020). 4.1. Estudio

- longitudinal del envejecimiento normal con el Neuronorma. Colombia. *Neuronorma. Colombia.: Protocolo, normas, plataforma de perfiles neuropsicológicos y aplicaciones clínicas*, 437.
- Uttal, D. H. y Perlmutter, M. (1989). Toward a broader conceptualization of development: The role of gains and losses across the life span. *Developmental Review*, 9, 101-132.
- Vaillant, G.E. y Mukamal, K. (2001) Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847.
- Vanistendael, S. (1994). Como crecer superando los percances: Resiliencia.
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 22, 247-255.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Vázquez, C., Rahona, J. J., Gómez, D. y Hervás, G. (2012). Mind over matter: A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 16, 135-148.. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9501-z>
- Vázquez, M. (2019) *El desarrollo de la resiliencia en las personas mayores*. Asociación Española de Psicogerontología. España.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116. <https://repub.eur.nl/pub/16195/>
- Vera, M. (2007, September). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 68, No. 3, pp. 284-290). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M. J. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*, 18,

149-155.

Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.

Ware, J. E. (1993). SF-36 health survey: manual and interpretation guide. *Health Institute*.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2001). How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey. *Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated*, 15(10), 5.

Wilson, R. S., Bennett, D. A. y Swartzendruber, A. (1997). Age-related change in cognitive function. En P. D. Nussbaum (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging* (pp. 7-14). New York: Springer.https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1857-4_2

Wolf, T. M., Randall, H. M., Von Almen, K., & Tynes, L. L. (1991). Perceived mistreatment and attitude change by graduating medical students: a retrospective study. *Medical education*, 25(3), 182-190. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00050.x>

Wong, P.T. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30, 516-525.

Wong, P.T. P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. En B. K. Haight y J. D. Webster (Eds), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (pp. 23- 35). Washington, DC: Taylor & Francis.

Wong, P.T. y Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging*, 6, 272-279.

Woo, J. Ho, S.C., Yu, A.L. y Lau, J. (2000). An estimate of long-term care needs and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, 64-69.

Wood, W.-Rhodes, N.,-Whelan, M.(1989): Sex differences in positive well-being: A

- consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249-264.
- Zabala, M., Vázquez, M. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual en pacientes diabéticos. *Aquichán*, 6, 11-21.
- Zacher, H. (2015). Successful aging at work. *Work, aging and retirement*, 1(1), 4-25. <https://academic.oup.com/workar/article-abstract/1/1/4/1663488>
- Zacks, R. T., Hasher, L. y Li, K. Z. H.(2000). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 293-358). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. <https://psycnet.apa.org/record/2000-07017-005>
- Zamarrón, M.D. (2006). *El Bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº52. Lecciones de Gerontología.
- Zarebski (2005) El curso de la vida: diseño para armar. *Buenos Aires: Universidad Maimónides*.
- Zuckerman, Phil; Galen, Luke W.; Pasquale, Frank L. (2016). "Laicidad en el mundo". En: *The Nonreligious: Understanding Secular People and Societies*. Nueva York: Oxford University Press. págs. 6-8, 13-15, 32-34.

Anexo



VNIVERSITAT (Ψ) Facultat de Psicologia
D VALÈNCIA

Encuestador _____ ó Llenado propio _____

Día	Mes	Año

Desde la Facultad de Psicología, en el Programa de Doctorado en Promoción de la Autonomía y Atención Sociosanitaria a la Dependencia, estamos llevando a cabo una investigación para tesis doctoral sobre **SATISFACCIÓN CON LA VIDA Y RELIGIOSIDAD EN ADULTOS MAYORES EN REPÚBLICA DOMINICANA**, realizada por Ruth Tejada y dirigida por el Dr. José Manuel Tomás y la Dra. Consuelo Cerviño. Para ello necesitamos recoger algunos datos de los distintos aspectos que presentamos en este documento.

Le pedimos responda voluntariamente, con la mayor sinceridad posible, no hay aciertos, ni errores, todas las respuestas son igualmente válidas. Puedes no responder algunas preguntas, si así lo consideras oportuno.

La información que aportes será tratada con absoluta confidencialidad y utilizada únicamente para los fines de la investigación. *Muchas gracias por su valiosa colaboración.*

Edad _____	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer.	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> soltero	<input type="checkbox"/>
divorciado/separado <input type="checkbox"/> viudo						
Situación laboral actual _____	Ocupación laboral		previa _____			
Número de personas en su familia total (aunque no vivan con usted): Hijos _____						
Nietos _____ Padres vivos _____						
Grado académico alcanzado (curso al que llegó) _____						

Marque su opción		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.					
2	Las condiciones de vida son excelentes.					
3	Estoy satisfecho con mi vida.					
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.					
5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.					

Marque su opción		Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios					
2	Echo de menos tener un buen amigo/a de verdad					
3	Siento una sensación de vacío a mi alrededor					
4	Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de necesidad					
5	Echo de menos la compañía de otras personas					
6	Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado					
7	Tengo mucha gente en la que confiar completamente					
8	Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy estrecha...					
9	Echo de menos tener gente a mi alrededor					
10	Me siento abandonada a menudo					
11	Puedo contar con mis amigos/as siempre que los necesito					

En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?						
<input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Excelente						
	Marque su opción	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	¿Cuántos problemas de salud física han limitado su actividad física habitual (caminar, subir escaleras,..)?					
2	¿Cuántas dificultades ha tenido durante su rutina diaria en casa o fuera de casa, debido a su salud física?					
3	¿Cuántos dolores físicos ha tenido?					
4	¿Cuánta energía ha tenido?					
5	¿Cuánto limitaron su salud física o problemas emocionales sus actividades sociales habituales con familia y amigos?					
6	¿Cuánto le han molestado los problemas emocionales (sentirse ansioso, deprimido, irritable)?					
7	¿Cuánto le impidieron sus problemas personales o emocionales realizar su trabajo, clases u otras actividades diarias habituales?					

Marque su opción	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1 No puedo quitarme la tristeza					

2	Tengo problemas para poner atención					
3	Me siento deprimido					
4	Todo lo que hago es un esfuerzo					
5	Duermo sin descansar					
6	Disfruto de la vida					
7	Me siento triste					

Marque su opción		(1) No me describe en absoluto	(2) Me describe, pero no totalmente	(3) Me describe parcialmente	(4) Me describe	(5) Me describe muy bien
1	Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles					
2	Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones					
3	Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles					
4	Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida					

Marque su opción		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Mi espiritualidad me ayuda a definir mis metas.					
2	Mi espiritualidad es importante porque responde mis dudas con respecto al significado de la vida.					
3	Mi espiritualidad me ayuda a entender el significado de las situaciones que vivo.					
4	Me considero una persona espiritual					
5	Dejar huella en esta vida es una guía para mí.					

6	Creo que hay un "ser superior" que guía mi vida.					
---	--	--	--	--	--	--

Marque su opción		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Puedo pensar en muchas salidas cuando me atasco					
2	Persigo mis objetivos enérgicamente					
3	Hay muchas maneras de solucionar un problema					
4	Puedo pensar en muchas formas de conseguir las cosas que en la vida son importantes para mí					
5	Incluso cuando los demás se desaniman, yo sé que puedo encontrar una forma de solucionar el problema					
6	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro					
7	He tenido bastante éxito en la vida					
8	Consigo los objetivos que me propongo					

Marque su opción		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga					
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente					
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.					
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados					

5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.					
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.					
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.					
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo					
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.					
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.					

A Qué religión perteneces

Ninguna	Católica	Cristiana Evangélica	Testigo de Jehová	Otra, especifique

PREGUNTAS SOLO PARA LAS PERSONAS QUE PERTENECEN A ALGUNA RELIGIÓN

¿Desde cuándo eres miembro de esa religión?

No aplica	Desde mi nacimiento	Desde mi niñez	Desde mi adolescencia	Desde mi juventud	Desde mi adultez	Desde mi edad madura

Dentro de tu iglesia, ¿Cuál es tu función? (marca todas las que correspondan)

Parte de los líderes	Parte del consejo	Predicador	Solo soy un feligrés

No soy religioso	Ligeramente religioso	Moderadamente religioso	Muy religioso

¿Cuántas veces asistes a servicios o ceremonias religiosas en tu lugar de culto?								
Nunca	Una vez por año	dos veces por año	Varias veces al año	Una vez al mes	2-3 veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diario

¿Con qué frecuencia haces oraciones a solas? (excluyendo servicios/ceremonias en tu lugar de culto)					
Nunca	Alguna vez por año	Una vez por semana	Una vez al día	Varias veces al día	Solo cuando lo necesito

¿Con qué frecuencia recurras a tu religión para que te ayude a resolver/aliviar los problemas de tu vida?				
Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

¿Te consideras comprometido con tus enseñanzas religiosas?				
Muy poco	Poco	Medianamente	Suficiente	Mucho

¿Cómo se llama tu iglesia o recinto religioso a donde acudes regularmente? _____