



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA (Ψ)  
Facultat de Psicologia

**Programa de Doctorado en  
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN  
SOCIOSANITARIA A LA DEPENDENCIA**

**Tesis Doctoral**

**Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional  
en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca  
– Ecuador**

**Presentado por:**

Eva Karina Peña Contreras

**Dirigido por:**

Dra. Amparo Oliver Germes

Dra. Laura Galiana Llinares

Dpto. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Universitat de València

VALENCIA, ESPAÑA

Septiembre 2020



*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*



VNIVERSITAT  
DE VALÈNCIA (Ψ)  
Facultat de Psicologia

**Programa de Doctorado en  
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN  
SOCIOSANITARIA A LA DEPENDENCIA**

**Tesis Doctoral**

**Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional  
en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca  
– Ecuador**

**Presentado por:**

Eva Karina Peña Contreras

**Dirigido por:**

Dra. Amparo Oliver Germes

Dra. Laura Galiana Llinares

Dpto. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Universitat de València

VALENCIA, ESPAÑA

Septiembre 2020

*Eva Karina Peña Contreras*

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

## **Agradecimientos**

Agradezco a Amparo Oliver Germes, y a Laura Galiana Llinares, quienes han sido una luz en este proceso de formación personal y profesional, y de manera muy generosa me han guiado y ayudado en cada paso.

Agradezco a las personas que nos brindaron sus espacios para poder llevar a cabo las entrevistas, al Diario Local Cuenca Distpach, y a las entidades locales que colaboraron al difundir las invitaciones para participar en este estudio.

Agradezco a la Universidad de Cuenca por el apoyo brindado para poder iniciar y llevar este proceso de formación como docente investigadora.

Agradezco a mi familia, Clarita e Iván, por regalarme su tiempo, su paciencia y la ayuda para que yo pueda estudiar hoy y siempre.

Agradezco a mi esposo Juan Carlos, por el apoyo y el ánimo brindados, con quién además de alcanzar muchas metas profesionales comparto mi crecimiento personal cada día.

A mi hija Amanda, para quién busco ser el mejor referente, y quién me inspira a seguir alcanzando cada sueño y cada meta.

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

## **Índice de contenidos**

<b>1. Justificación del estudio .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Marco teórico.....</b>	<b>7</b>
2.1. Contextualización. Definición y marco de estudio del envejecimiento .....	7
2.2. Teorías del envejecimiento.....	9
2.2.1. Teorías biológicas del envejecimiento .....	9
2.2.2. Teorías psicológicas del envejecimiento .....	12
2.2.3. Teorías sociológicas del envejecimiento .....	13
2.2.4. Teorías del envejecimiento exitoso .....	15
2.2.5. Teorías y modelos de envejecimiento basadas en teorías orientales .....	31
2.3. Factores asociados al envejecimiento exitoso .....	34
2.3.1. El género, la educación y la vida laboral.....	35
2.3.2. La salud .....	37
2.3.3. Las funciones cognitivas .....	41

2.3.4. La autonomía o capacidad funcional .....	48
2.3.5. El apoyo social .....	49
2.3.6. Factores psicológicos: La personalidad y la esperanza .....	54
2.3.7. Hábitos y conductas: El autocuidado .....	59
2.3.7. La espiritualidad .....	65
2.4. Bienestar y satisfacción con la vida en el adulto mayor .....	67
2.4.1 Bienestar .....	67
2.4.2 Satisfacción con la vida .....	73
2.6. Envejecimiento y migración.....	75
2.5.2 Migración en la Ciudad de Cuenca .....	76
2.6. Envejecimiento y migración.....	79
<b>3. Objetivos e hipótesis de la investigación.....</b>	<b>81</b>
3.1. Objetivo principal y objetivos específicos .....	81
3.2. Hipótesis de la investigación .....	81
<b>4. Método.....</b>	<b>83</b>
4.1. Diseño y procedimiento.....	83
4.2. Participantes .....	84
4.3. Variables e instrumentos .....	87
4.3.1. Versión corta de la Encuesta de Salud SF-8 ( <i>SF-8 Health Survey</i> ; Ware et al. 2001) .....	89
4.3.2. Escala de apoyo social de Lubben (Lubben y Girona, 2004) ...	89
4.3.3. Autocuidado. Escala de auto-cuidado (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015).....	90
4.3.4. Escala de Soledad (De Jong Gierveld, 1987) .....	90
4.3.5. Escala de Depresión CESD-7 (Santor y Coyne, 1997) .....	91

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

4.3.6. Escala de Esperanza Disposicional (Snyder et al. 1991).....	91
4.3.7. Escala de experiencias espirituales diarias (Underwood y Teresi, 2002).....	92
4.3.8. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, et al. 1985).....	92
4.3.9. Escala de Bienestar Psicológico o “Flourishing” (Diener et al. 2009).....	93
4.4. Análisis de datos.....	93
<b>5. Resultados .....</b>	<b>97</b>
5.1. Resultados descriptivos relativos a la migración.....	97
5.2. Resultados de validez y fiabilidad de los instrumentos empleados. 102	
5.2.1. Propiedades psicométricas de la Escala de Salud SF-8 (Ware et al. 2001).....	102
5.2.2. Propiedades psicométricas de la Escala de apoyo social de Lubben (Lubben y Girona, 2004) .....	103
5.2.3. Propiedades psicométricas de la Escala de Autocuidado (Galiana et al. 2015).....	104
5.2.4. Escala de Soledad de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld, 1987) .....	104
5.2.5. Escala de Depresión CESD-7 (Santor & Coyne, 1997) .....	106
5.2.6. Esperanza de Esperanza Disposicional (Snyder et al.1991).....	106
5.2.7. Escala de Experiencias Diarias Espirituales (Underwood y Teresi, 2002).....	107
5.2.8. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al. 1985).....	108
5.2.9. Escala de Bienestar Psicológico o “Flourishing” (Diener et al. 2009).....	109

5.3. Resultados descriptivos relativos a la salud, el apoyo social, el autocuidado, la soledad, la depresión, la esperanza disposicional, la espiritualidad, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico .....	110
5.4. Relación del envejecimiento exitoso y sus variables predictoras con las características socio-demográficas .....	111
5.5. Relación del envejecimiento exitoso y sus variables predictoras con las características relativas al proceso de migración.....	125
5.5. Predicción del bienestar exitoso a partir de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico .....	130
<b>6. Discusión .....</b>	<b>135</b>
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>149</b>
<b>8. Referencias.....</b>	<b>151</b>
<b>9. Anexos .....</b>	<b>185</b>
Anexo 1 .....	185
Anexo 2 .....	186
Anexo 3 .....	187

## **1. Justificación del estudio**

La nueva cara demográfica del Mundo, Latinoamérica y en especial el Ecuador, nos muestra un crecimiento que ha invertido la pirámide de la población, siendo en la actualidad la tasa de los adultos mayores la que va en aumento (INEC, 2010). Gracias a los avances de la medicina y a la mejoría en la calidad de vida en cuanto a recursos, alimentación y servicios; esta acentuación de la esperanza de vida es un logro para la sociedad (García, 2007), pero así mismo se ve afectada por la creciente demanda de servicios y atención a los adultos mayores. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) existen 1.341.664 personas mayores a los 60 años en el Ecuador, y en los próximos cincuenta años la esperanza de vida subirá a 80.5 años para los hombres y 83.5 años para las mujeres, dando lugar a una expansión poblacional, sin considerar con la creciente ola de migración de personas de la tercera edad, que vienen a disfrutar de sus años de retiro en nuestro país Ecuador.

El Ecuador, como la mayoría de países Latinoamericanos, carece de una cultura estadística sólida (Villacís y Carrillo, 2011), la ausencia de información demográfica oportuna y la falta de interés por obtenerla influyen negativamente en los procesos de toma de decisión para la conformación de políticas públicas, y éstas en ocasiones se estructuran alejadas de la realidad, es así que la población registrada de migrantes de la tercera edad para el año

2018 (INEC) fue de 238 personas, sin embargo, datos no oficiales hablan de 2.850 o 1.000 personas en esta condición (Diario el Universo, 2017), por lo cual consideramos totalmente oportuno y relevante para la investigación ocuparnos del estudio de la población de adultos mayores migrantes en la Ciudad de Cuenca y su condición psicológica.

Es fundamental conocer a profundidad el tema del envejecimiento en el ciclo vital y el funcionamiento de los adultos mayores en las diferentes dimensiones, para poder realizar una reflexión y un estudio contextualizado de acuerdo a las dimensiones que son necesarias para comprender este proceso del ciclo de vida, abordando diferentes teorías desde la biología, lo psicológico, sociológico, el envejecimiento exitoso, y las teorías y modelos basados en teorías orientales; así como las variables y factores que inciden en el envejecimiento como el género, la educación, la vida laboral, la salud, las funciones cognitivas, la autonomía o capacidad funcional, el apoyo social, la personalidad, la esperanza, el autocuidado, la espiritualidad, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida; temas que son revisados en la presente investigación.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Contextualización. Definición y marco de estudio del envejecimiento**

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 Calatayud, Gutiérrez, y Tomás (2016), sabemos 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 nuestro país Ecuador, el envejecimiento es considerado como un proceso de declive inevitable.

Es así que la visión que tenemos del envejecimiento está matizada por la cultura en donde vivimos (Feldman, 2007), en décadas anteriores el envejecimiento en la sociedad ecuatoriana estaba asociado a connotaciones negativas, era percibido como un proceso de degradación, sinónimo de vejez no asociado al desarrollo, no obstante la conceptualización moderna del envejecimiento enmarca al desarrollo como un proceso evolutivo, cuyos cambios aparecen a lo largo de todo el ciclo de vida (Muñoz, 2002).

El concepto de envejecimiento hace alusión a “un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible, que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva” (Cobos, 2009, p.173). Debemos considerar que es un fenómeno totalmente variable, el cual se ve influido por la genética y los contextos social e histórico, que contempla además gran cantidad de afectos y sentimientos (Lazarus, 2006), mismos que son construidos a lo largo de la vida y que están determinados por la cultura, las relaciones sociales e incluso por la legislación de las naciones; cada vez alejándose más de la edad cronológica del sujeto, afirmando entonces que el envejecimiento es una construcción social (Cobos, 2009).

Dentro de las definiciones del envejecimiento Alvarado, y Salazar (2014) encuentran que uno de los puntos de mayor relevancia en los que coinciden diversos autores como: Lehr (1980), Laforest (1991), y Gómez Curcio (2002), es que este es el envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial y propio de todos los seres humanos.

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, este último de vital importancia para el presente estudio.

Si bien son evidentes los cambios físicos relacionados al envejecimiento, la OMS señala que no existen características específicas relacionadas al mismo, por ejemplo, hay personas octogenarias cuyas facultades físicas y psíquicas son envidiables por personas más jóvenes. Pero esta diversidad que se observa en los adultos mayores tiene un porqué, y en gran medida se debe a los entornos físicos y sociales de las personas que determinan sus oportunidades y los hábitos relacionados con la salud, lo cual

se asocia a características sociodemográficas, como lugar de nacimiento, sexo y etnia, que son los que dan lugar a diferencias e inequidad en la salud (OMS, 2018).

De todas maneras, podemos ver personas de la denominada tercera edad que son frágiles o dependientes, y por tal motivo requieren más servicios y cuidados que las personas que envejecen sin enfermedad y que puede gozar de su envejecimiento, por lo que la OMS propone estimular la formulación de políticas y las oportunidades para promover el envejecimiento saludable (OMS, 2018).

## **2.2. Teorías del envejecimiento**

Los diversos fenómenos que se producen en el envejecimiento no pueden explicarse por un mecanismo único, por lo tanto deben ser revisadas diversas teorías que nos provean de un acercamiento multi-causal, científico más racional (Pardo, 2003).

A continuación se describen algunas de las teorías más representativas desde el punto de vista biológico, psicológico, sociológico, del envejecimiento exitoso y teorías orientales del envejecimiento

### **2.2.1. Teorías biológicas del envejecimiento**

El envejecimiento debe ser comprendido como un fenómeno multidimensional; una de estas dimensiones es la perspectiva biológica (Jin, et al.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.

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).

Tortosa (2002), afirma que tanto causas endógenas como exógenas colaboran en el proceso de envejecimiento, sin embargo dentro de las causas

endógenas se encuentra el ADN que constituye la materia prima de los cromosomas, en donde se encuentra la memoria biológica de una especie, y desde este punto de vista todo parece indicar que el ADN es inmortal, y que los genes no conocen la senilidad, poseyendo tres características: longevidad, fecundidad, y fidelidad de copia, por lo que puede reproducirse de manera exacta un número incalculable de veces, sin embargo el número de veces y la división celular está bajo el control de ciertos genes, y es variable de especie a especie, esto se refiere a la *teoría de la fiabilidad del principio de fidelidad de copia* que ha sido explicada por cientos de investigadores para explicar el envejecimiento del ser humano.

Esta teoría parte de la hipótesis de que a lo largo de algunas reproducciones celulares se van acumulando una serie de errores celulares, estos errores se van acopiando a lo largo de toda la vida y al final producen el envejecimiento progresivo y la muerte del organismo (Tortosa, 2002).

Otra de las teorías endógenas es la del *gen clandestino* desarrollada por Medawar (1952), Williams (1957) y Mayr (1993), basada en el concepto de selección natural de Charles Darwin (1992). Esta teoría manifiesta que un gen por reproducirse crea algo parecido a una obsesión, necesitando un organismo en donde vivir y que le sirva como vehículo de seguimiento (Dawkins, 1989). En esta explicación los genes tendrían la capacidad de manifestarse según la edad de su organismo portador, participando en el desarrollo a lo largo de la vida con desarrollo de conexiones en el sistema nervioso, procesos hormonales, capacidad reproductiva y finalmente ante la manifestación de un número importante de genes malignos correlativamente se va envejeciendo. Desde esta perspectiva en el envejecimiento ya la muerte viene dada por que los organismos son huéspedes transitorios destinados a realizar una función encargada por la evolución: asegurar la inmortalidad de los genes (Tortosa, 2002).

Se ha comprobado que en las personas existe mayor o menor propensión a padecer de ciertas enfermedades por predisposición genética, pero también influyen en esto el comportamiento, la alimentación, el consumo

de sustancias nocivas como el alcohol o el cigarrillo, el estilo de vida o accidentes (Tortosa, 2002).

### **2.2.2. Teorías psicológicas del envejecimiento**

La vejez es un periodo importante por su propia naturaleza, inicia desde los 60 años en algunos se extiende hasta 40 años, en algunas culturas a las personas de la tercera edad se las veneradas y respeta; en el mundo occidental, en las últimas décadas, se ha visibilizado la condición de los adultos mayores y trata de compensar las diferencias físicas y psicológicas, educando a una sociedad que promueva conductas inclusivas (Muñoz, 2002).

Eric Erikson plantea que una de las tareas fundamentales del ser humano que se inicia en la adolescencia es forjar una identidad sólida y conservarla a través del paso de los años, entendiendo identidad como una serie de conceptos que designan nuestros atributos físicos, psicológicos y sociales, que si bien pueden irse modificando con el paso del tiempo conservará sus raíces hasta el envejecimiento. En las etapas del desarrollo del yo, planteadas por Erikson, cuando aborda el proceso del envejecimiento, describe que es preciso elegir entre la fortaleza de la integridad frente a la desesperación que puede acarrear el darse cuenta de que la vida de alguna manera está llegando a su final, esta integridad se consigue frente a la evaluación global de los proyectos desarrollados y también los fallidos a lo largo de la vida, dependiendo del contexto, la vida familiar, laboral, la realización personal, incluso la salud o la enfermedad; la integridad implica poder mirar hacia atrás con aceptación y satisfacción, para poder vivir el presente (Erikson citado en Schultz y Schultz, 2010).

Cuando no somos capaces de aceptar nuestras vidas tal y como han transcurrido y mostramos enojo, frustración y continuo arrepentimiento por lo que pudo haber sido y no fue, nos invadirá la desesperación. Erikson fue muy productivo en su tercera edad, a los 84 años realizó un estudio longitudinal en el que concluye que los adultos mayores deben ser personas activas del presente para retomar sus estudios o cultivar nuevas habilidades (Erikson y

Kivnick, 1986) desarrollando la virtud de la sabiduría, si esto no sucede su reacción será el de sentirse en un estado de declive, confusión e impotencia, lo cual es considerado como desprecio (Feist y Feist, 2007).

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 (Schultz y Schultz, 2010). 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).

Explicaremos otras teorías psicológicas del envejecimiento en el apartado de personalidad.

### **2.2.3. Teorías sociológicas del envejecimiento**

Existen muchos factores importantes en el proceso de envejecimiento, la personalidad, la familia, las actitudes, las creencias, los valores, etc. (Kirkwood, 2015). La vejez no ha sido siempre un tema de preocupación y temor para las personas, por ejemplo, en la Biblia se pensaba que los ancianos poseían gran sabiduría, así como en algunas culturas de indios norteamericanos, en culturas orientales como la china o japonesa en la que se les venera y se les respeta como tradición de la piedad filial, es la veneración que se tributa a los ancianos, manifestada en las tradiciones culturales y en el diario vivir (Craig, 2001).

Desde la sociología se distinguen las perspectivas biográfica e institucional, cuando se habla del ciclo vital. La perspectiva biográfica se

refiere a las trayectorias y transiciones de cada persona, y la institucional incluye a la perspectiva de la estructura social y cultural, componentes del sistema social (Dannefer, 2011).

En los años cincuenta se propone la teoría de la desvinculación, que explica el proceso normal de envejecimiento, caracterizado por una progresiva e inevitable desvinculación de lo social y la preparación para la muerte (Muñoz, Alix y Muñoz, 2002). Havinghurst y Albrecht (1953) al contrario, proponen la teoría de la actividad, señalando que el envejecimiento adecuado se presenta con un correcto mantenimiento de las relaciones sociales y la actividad, las cuales están vinculadas a la adaptación y la satisfacción con la vida en las personas de la tercera edad. En la misma línea Atchley (1989) propone la teoría de la continuidad, según la cual la vejez en las personas dependerá de las etapas anteriores de su vida, siendo la adaptación un elemento primordial en este proceso, así los roles desarrollados a lo largo del ciclo vital facilitan la adaptación en la vejez.

La teoría de la modernización de las relaciones sociales, propuesta por Cowgill (1972), plantea que los avances de la industrialización conllevan una pérdida de status para las personas de la tercera edad; conclusiones recogidas a través de un estudio en catorce sociedades identificaron que los avances de lo rural hacia lo urbanístico obligaban a las personas mayores a retirarse del mercado laboral por el aumento de la competencia entre generaciones, reduciéndose las entradas económicas para estas personas así como su honor y estatus.

Finalmente la teoría del entorno social de Gubrium (1973) plantea que las personas de la tercera edad dependen de su medio y de su comunidad, quienes determinan sus tareas, y de la misma manera facilitan la adaptación y la satisfacción de la persona, pero también pueden influir de manera negativa cuando no se dan espacios para el desempeño de los adultos mayores, especialmente cuando hablamos de elementos como la atención socio sanitaria, los factores económicos y el apoyo social, siendo el que más pesa el factor biológico.

## **2.2.4. Teorías del envejecimiento exitoso**

El modelo de envejecimiento activo se desarrolla en los años ochenta, y posteriormente desde la sociología, Kendin (2004) patrocina que este es un concepto valioso para dar soporte y orientar a los estados en la creación de políticas públicas que den amparo y soporte al envejecimiento, el significado de envejecimiento exitoso fue acuñada por el American Social Science Research Council, y resalta el éxito como un constructo propio de los norteamericanos (Torres, 1999).

La OMS (2002) propone el envejecimiento como “un proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación, en orden a mejorar el bienestar y la calidad de vida según se envejece” (pg. 27). A partir de las propuestas de actividad y de envejecimiento exitoso, se van estructurando modelos teóricos para explicar el envejecimiento, en donde se incluyen el bienestar físico, la función cognitiva, la participación en la vida social y en las actividades productivas; en ello se definen tres pilares fundamentales que se encuentran conectados entre sí: la baja probabilidad de padecer enfermedades físicas o discapacidad, disfrutar de una alta capacidad cognitiva y física, y sentirse altamente comprometido con la vida (Rowe y Kahn, 1977).

La definición de envejecimiento exitoso ha ido evolucionando, desde la explicación del envejecimiento como una etapa de evitación de la enfermedad y la discapacidad, considerando el mantenimiento de las funciones cognitivas, relaciones sociales y productivas (Rowe y Kahn, 1977), hasta comprender esta etapa como un proceso de adaptación dinámico que abarca todo el ciclo vital, a pesar de las limitaciones físicas, cognitivas e incluso la enfermedad (Baltes y Baltes, 1990).

El envejecimiento exitoso es un tema que actualmente ocupa una posición importante en la investigación de la gerontología social (Alley, Putney, Rice y Bengtson, 2010), Vilar (2012) afirma que Rowe y Kahn han impulsado el interés por lo biológico, conductual y social, acercándonos hacia

una visión nueva y optimista del envejecimiento, sin embargo ha sido considerado como un modelo de teoría biomédica, en donde se define al envejecer exitosamente en términos de la optimización de la esperanza de vida, al tiempo que minimizan el deterioro físico y la discapacidad, centrándose en la ausencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo de enfermedad, buena salud y altos niveles de independencia, en cuanto al funcionamiento físico señalan relevante el rendimiento, y la movilidad, finalmente dando importancia al funcionamiento cognitivo (Bowling y Dieppe, 2005).

Para superar el estigma de enfermedad relacionado al envejecimiento, Rowe y Kahn distinguieron entre “envejecimiento habitual”, en donde se ve un declive normal en lo físico, social y cognitivo con la edad y obviamente por factores extrínsecos, y “envejecimiento exitoso” en donde se minimiza la pérdida y esta es poca o ninguna en relación a la edad, demostrando ser un modelo poco realista (Swinburn y Egger, 2004).

A partir del modelo de Rowe y Kahn (1997), Crowther, Parker, Achenbaun, Larimore y Koenig (2002), añadieron una cuarta dimensión para explicar el envejecimiento exitoso, la espiritualidad positiva, afirmando que el carecer de ella puede ser comparado con la falta de voluntad en el adulto mayor para seguir su tratamiento médico. Una observación sobre esta propuesta es que el término de espiritualidad positiva no es de fácil comprensión, por lo que los autores se apoyaron en la definición de Koenig (2001) sobre el significado de religión y espiritualidad, en donde la religión se entiende como un sistema organizado de creencias, prácticas y rituales para facilitar la cercanía con lo sagrado o trascendente, y la espiritualidad como la búsqueda personal del entendimiento a las repuestas últimas sobre preguntas de la vida, el significado y la relación con lo sagrado o trascendente.

Crowter y colaboradores (2002) redefinieron a la espiritualidad positiva como el desarrollo e internalización personal con lo trascendentemente, sagrado, que no está obligado por ningún aspecto social,

étnico o económico, que promueve el bienestar de uno mismo y los demás, estando compuesta por aspectos tanto religiosos como espirituales.

Esta nueva dimensión amplifica el entendimiento del envejecimiento, y existe evidencia empírica que respalda el hecho de que la espiritualidad se relaciona con la mejora del estado subjetivo de bienestar (Ellison, 1991), así como la reducción de los niveles de depresión y estrés (Williams, Larson, Buckler, Heckman y Pyle, 1991) y también en la morbilidad y el incremento de esperanza de vida (Levin, 1996).

Para la perspectiva de Crowter et al. (2002) se da por entendido que las personas viven en un contexto histórico, social y de interrelaciones, siendo la sociedad multidimensional e interactiva, en donde la espiritualidad positiva fomenta la participación activa en la vida a través de diversas actividades ya sean religiosas, sociales o en interacción con el desarrollo cultural de la comunidad.

Si bien con el paso de los años, el modelo de envejecimiento exitoso ha sido modificado, ampliado e interpretado de muchas maneras, aún no existe un acuerdo en el concepto del mismo (McLaughlin, et. al., 2012), sin dejar de mencionar que además de ser propuestas muy reconocidas también han sido impugnadas, y una de las primeras críticas al modelo de Rowe y Kahn, es que al parecer está incompleto (Riley, 1998) ya que deja de lado los factores culturales y sociales que influyen en el envejecimiento. El problema se da desde hace dos décadas, en donde los gerontólogos sociales han lidiado con los diferentes conceptos del envejecimiento exitoso, pero no han logrado integrar al concepto variables como lo personal, social, económico y los contextos políticos del envejecimiento (Martinson y Berridge, 2014).

La revisión sistemática de Martinson y Berridge (2014) presenta algunas conclusiones valiosas luego de estudiar 67 artículos acerca del envejecimiento exitoso, sugiriendo que una de las soluciones frente al modelo incompleto de envejecimiento exitoso, sería el expandir el modelo agregando los criterios faltantes, ya que los estudios han encontrado resultados sobre la

prevalencia del envejecimiento exitoso, por ejemplo, en un estudio en Gran Bretaña (Bowling, 2016) se logra explicar de manera más completa un modelo de envejecimiento exitoso, incluyendo criterios de salud, recursos psicológicos, funcionamiento social, y jubilación. McLaughlin, et al. (2010) calcularon también la prevalencia del éxito basándose en el modelo de Rowe y Kahn y encontraron que no más del 11.9% de personas mayores a 65 años cumplieron con los criterios, concluyendo de esto que en base a las inquietudes de los investigadores los años 90's criterios del envejecimiento exitoso resultan estrechos aplicados a la salud pública. Así varios estudios identificaron las brechas entre varios modelos de envejecimiento exitoso, Young, Frick y Phelan (2009) por ejemplo criticaron el énfasis en los aspectos fisiológicos del envejecimiento de Rowe y Kahn introduciendo categorías de adaptación social, sensación de bienestar, calidad de vida autoevaluada y sentido de vida, e incluso percepción en torno a la enfermedad y a la discapacidad.

Diversos criterios se suman para explicar el envejecimiento de manera más completa como estado de bienestar, políticas de apoyo para las personas adultas mayores, nivel de oportunidades (Hank, 2011; McLaughlin et al. 2010), la importancia de la espiritualidad (Crowther, et. al.,2002), estado civil y calidad (Ko, Berg, Butner, Uchino, y Smith, 2007), contraposiciones entre salud y enfermedad (Kaplan et al. 2008), funciones cognitivas, afectivas, estado de salud física, funcionamiento social, compromiso, satisfacción con la vida (Tze Pin, et al. 2009), actividades de ocio (Lee, et al. 2011).

Algunas investigaciones que abarcan la autopercepción del envejecer incluyen en la definición de éxito: salud mental, psicológica, física, movilidad y recursos, satisfacción de vida, tener un sentido y un propósito, seguridad financiera, aprender nuevas cosas, logros, mantenimiento de la apariencia física, productividad, contribución con la vida, sentido del humor y espiritualidad, variables que en muchas ocasiones no son adecuadamente captadas por los modelos teóricos (Bowling y Dieppe, 2005).

Dada la disparidad entre la diversidad de criterios en torno al constructo de envejecimiento exitoso, varios investigadores solicitaron (como se mencionó anteriormente) la adición de criterios sobre todo de medidas subjetivas de los adultos, Strawbridge, Wallhagen y Cohen (2002) reportaron una diferencia significativa entre autoevaluaciones y calificaciones basadas en los criterios de Rowe y Kahn (5.3% vs. 18.8%). Cernin, Lysack y Lichternberg (2011) encontraron análogamente que el 63% de afroamericanos de la tercera edad solamente en un 30% cumplían con los criterios de Rowe y Kahn. Phelan, Anderson, LaCroix y Larson (2004) también encontraron que el significado subjetivo frente a la literatura difería en la percepción de los adultos mayores.

De las diferentes perspectivas que se plantean para explicar el envejecimiento se han sugerido cinco constructos que emergen de diferentes modelos multidimensionales de cierta relevancia entre los que destacan los propuestos por Baltes y Baltes (1990), Bowling y Dieppe (2005), Glass (2003), Pruchno, Wilson Genderson y Cartwright (2010) entre otros. Estos constructos son:

- Fisiológico: función física, función cognitiva, enfermedad, estado saludable, longevidad y salud mental.
- Bienestar: estado afectivo y satisfacción con la vida.
- Participación: vida activa- participación social y apoyo social-sistema.
- Recursos personales y autonomía- independencia.
- Factores extrínsecos: económico y ambiental. Siendo los más citados en las definiciones las funciones físicas y cognitiva (70-80% en las revisiones), y la enfermedad – presencia de enfermedad, estado afectivo y vida activa-participación (40-50% de las definiciones) (Baltes y Baltes, 1990).

A pesar de observar nuevos aportes con mayor alcance, los investigadores también han sugerido modificaciones al modelo de Baltes

(1990), en compensación de su modelo, Steverink, Lindenberg y Ormel (1998), propusieron la función de producción social, una teoría para integrar el modelo social con el comportamiento. Vilar (2012) propuso un concepto de “generatividad multifacético” en donde se incorporan el desarrollo social, comunitario y personal, sosteniendo las que las ganancias de la tercera edad coexisten con las pérdidas produciéndose una regulación.

Pruchno, Wilson-Genderson y Catwright (2010) propusieron un modelo de envejecimiento exitoso compuesto por medidas subjetivas y objetivas, que incluía tener pocas condiciones crónicas, mantener habilidades funcionales, experimentar poco dolor y la valoración subjetiva de cuán exitosamente estaban envejeciendo. En torno a los criterios de prevención de enfermedad o discapacidad como factores predictivos de un envejecimiento exitoso, Stawbridge y colaboradores establecieron que el estado funcional no predice el éxito subjetivo del envejecimiento, un estudio análogo de Montross y colaboradores (2006), muestra que el 92% de la población estudiada reflejó los mismos resultados en relación a que tener enfermedades no determina el sentirse menos exitoso

Ryff en la misma línea intentó determinar el hecho de que muchas de las personas de la tercera edad mantenían una actitud positiva, a pesar de la enfermedad y el deterioro de sus capacidades, y se percató de la importancia de la comparación social, la cual consiste en evaluar la propia persona y situación en relación a los otros, las personas que comparan su situación con la de los demás modificaban su punto de vista, y mientras más positivas son sus comparaciones mejor es su salud mental a pesar de sufrir enfermedades físicas (Heidrich y Ryff, 1995).

Existen varias formas para definir al envejecimiento de forma positiva, como envejecimiento exitoso descrito en párrafos anteriores, o envejecimiento activo; algunas propuestas teóricas resaltan el valor de velar por los derechos de las personas mayores para que se mantengan sanos, sigan trabajando, participen en la comunidad y en la vida política, Walker y Maltby (2012) señalan que el envejecimiento activo está directamente relacionado con

la actividad y la salud, también tenemos conceptos como: envejecimiento saludable, positivo, productivo, y envejecimiento competente. Cada uno de los conceptos abarca diferentes enfoques para el envejecimiento (Constanca, et al. 2012) siendo intrínsecamente diferentes (Deeming, 2009).

En cuanto a la relevancia cultural, se ha visto la necesidad por más de una década de abarcar las diversas perspectivas culturales, Soondool y Soo-Jung (2008) sugirieron criterios subjetivos adicionales, que incluían el “éxito de los hijos adultos” y la “actitud positiva hacia la vida” (pág. 1061) en un estudio realizado en personas de la tercera edad de estatus económico bajo en Corea. Lewis (2011) entrevistó a ancianos nativos de Alaska y en ellos se visibilizó un concepto de envejecimiento exitoso congruente culturalmente que no encajaba con el modelo de envejecimiento exitoso tradicional. Hilton y colaboradores estudiaron adultos mayores latinos en donde también los significados del envejecimiento propuestos en la literatura excluían las múltiples dimensiones expresadas por los participantes acerca de su concepción. Con esto queda claro que la interculturalidad es fundamental para describir el constructo de envejecimiento exitoso. Iwamasa e Iwasaki, (2011) y Matsubayashi, Ishine, Wada y Okumiya (2006) generaron un modelo con seis componentes que comparten algunas similitudes con los existentes como el físico, psicológico, social y cognitivo, pero incluyeron medidas de tipo físico, psicológico, social, cognitivo y salud, así como criterios de seguridad financiera y espiritualidad, como describiremos más adelante.

Alberola (2015), analiza los modelos de “envejecimiento armónico” de Liang y Luo (2012), el “modelo de 4 factores” de Lee, Lan y Yen y “modelo de envejecimiento exitoso” de Iwamasa e Iwasaki (2011), verificando empíricamente, este último en una muestra de 593 adultos mayores españoles. Los resultados mostraron que el factor principal para el bienestar percibido y satisfacción con la vida, era el funcionamiento social, y se considera de mayor relevancia (en esta muestra española) fomentar tanto el apoyo social como las redes sociales para promover un envejecimiento exitoso. Otra variable predictora para la satisfacción con la vida resultó ser la salud, conectando los

resultados de esta investigación a los hallazgos de otros autores como Castellano (2014) y Rowe y Kahn (1998).

Con la amplia interpretación del concepto de envejecimiento exitoso, varias implicaciones políticas se hacen evidentes; con el modelo biomédico que prácticamente habla de un envejecimiento fracasado al desarrollar enfermedades, la política actual se centra en prevención y promoción de la salud, promoviendo conductas relacionadas con la misma y la participación en actividades cognitivamente estimulantes (Bowling y Dieppe, 2005).

El envejecimiento exitoso es menos dependiente de la disposición genética que lo que se había pensado, dando relevancia a lo social, comunicativo, satisfacción vital, autonomía y supervivencia, se promueve el hecho de que las personas aprenden a ver el “vaso medio lleno” en lugar de “el vaso medio vacío” para sentirse animados, lo cual no siempre es fácil en la vida real, debido a la gran heterogeneidad de los adultos mayores y sus respectivas condiciones de vida, experiencias, eventos estresantes y por su puesto la clase social a la que pertenecen (Department of Health, 2004).

Debemos resaltar el hecho de que la propuesta de envejecimiento exitoso que resalta la evitación de la enfermedad y discapacidad relacionadas al éxito, llevan una hostilidad implícita hacia los cuerpos envejecidos, como lo menciona Morell (2003), denigrando a la discapacidad y a las enfermedades y sometiendo a quienes las padecen a juicios morales por parte de la sociedad (Morell, 2003; Rozanova et al. 2006).

Con este modelo “culpabilizador” la responsabilidad del estado, se ve disminuida, ya que desde las perspectivas integradoras y multidimensionales del envejecimiento este debe proporcionar apoyo social y de otros tipos para las personas de la tercera edad y con discapacidad, sobre todo para abordar los problemas sociales y estructurales de la inequidad social que generan enfermedad y discapacidades (Dillaway Byrnes, 2009; Morell, 2003; Sinding y Gray, 2005), es así como los estados apoyan, según las teorías neoliberales

acerca de los contextos conservadores, un estereotipo de adultos mayores exitosos que no necesitan apoyo del gobierno (Dillaway y Byrnes, 2009).

*2.2.4.1. El modelo de envejecimiento con éxito de Parslow, Lewis y Nay (2011)*

El modelo de Parslow, Lewis y Nay (2011) fue publicado tras la investigación en una población en personas australianas cuyas edades oscilaban entre los 61 y los 85 años. El análisis proponía dos hipótesis, la primera era que en este grupo, con el mencionado rango de edad, sería posible definir una variable latente de envejecimiento exitoso, como segunda hipótesis se manejó el hecho de que a través de las medidas aplicadas se podría, mediante modelos de ecuaciones estructurales, proponer un modelo que identificara las dimensiones que contribuyen al envejecimiento exitoso (Parslow, Lewis y Nay, 2011), como se muestran en la Figura 1.

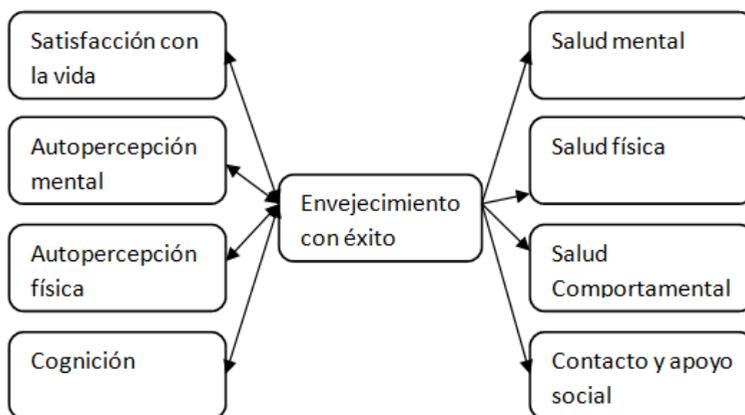


Figura 1. Modelo de envejecimiento con éxito según Parslow et al. (2011)

Esta propuesta teórica está basada en un modelo multidimensional que evalúa el envejecimiento exitoso en cuatro variables: Auto percepción física, Auto percepción mental, Satisfacción con la vida y Cognición; factores latentes que miden la salud física y mental, apoyo social y contacto, así como

salud comportamental fueron obtenidos de ítems que se evaluaron a través de una encuesta (Parslow, et al. 2011). Los aportes significativos del este modelo, se sintetizan en 3 puntos relevantes:

- El modelo final en el que las cuatro variables, salud física y mental, satisfacción con la vida y cognición es en el que contribuyó significativa e independientemente al factor envejecimiento exitoso.
- Los factores de comportamiento de la salud, y actividad física muestran una asociación positiva y significativa con envejecer bien. La población de la muestra que realizaba ejercicio físico ya sea de manera moderada y no fumaba mostraban una significación positiva con el envejecimiento exitoso y también correlación con el factor salud física.
- El factor de las conductas, asociadas a salud comportamental (prácticas de autocuidado) tuvo una relación positiva independiente y estadísticamente significativa con el envejecimiento exitoso.

#### *2.2.4.2. El modelo de cuatro factores de envejecimiento exitoso de Lee, Lan, y Yen (2011)*

Este modelo se basa en el estudio en Bowling y Dieppe (2005) quienes a través de una encuesta a 845 personas de cincuenta años en adelante, lograron identificar tres factores primordiales en el envejecimiento exitoso:

- Salud física (68%)
- Salud o bienestar psicológico (48%)
- Actividad social (36%)

Los hallazgos de Bowling y Dieppe fueron apoyados por otros investigadores como Rowe y Kahn (1997). En base a estos factores la propuesta del modelo de envejecimiento exitoso de Lee, Lan y Yen (2011) propone 4 factores:

### *Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

1. Factor físico: Considerando al envejecimiento como la acumulación de diversos cambios nocivos en células y tejidos (como explicamos en secciones anteriores), las personas de la tercera edad tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedades que pueden llevarlas progresivamente hacia la muerte (Harman, 2003). El tener una buena salud, y una vida longeva estaría influenciado principalmente por el antecedente de una juventud saludable. En base a la propuesta de Rowe y Kahn este modelo apoya el hecho de mantener conductas saludables para poder envejecer de una mejor manera.
2. Factor psicológico: el bienestar psicológico es una de las claves para el envejecimiento exitoso (Ingersollet al. 2001).
3. Factor social: el apoyo social, la religión y la participación activa fortalecen a las personas y facilitan la adaptación y afrontamiento de los acontecimientos estresantes que les presenta la edad avanzada (Windsor, et al. 2007). El apoyo social puede constituir un factor protector para evitar el maltrato en el adulto mayor (Dong Simon, 2008).
4. Factor ocio: hacer ejercicio físico, buscar actividades de distracción, ir de vacaciones, son actividades importantes para las personas de la tercera edad, y cada vez reciben más atención por parte de los investigadores, de hecho se han encontrado asociaciones positivas entre el ejercicio físico y el funcionamiento cognitivo (Colcombe y Kramer, 2003). Lee (2009) afirmó que las actividades de ocio en las personas de la tercera edad, están asociadas positivamente con la satisfacción con la vida. Bowling (2008) en su investigación llegó a la conclusión de que los adultos mayores con más de 65 años tenían la percepción de que las actividades de ocio y la salud física estaban relacionadas como signo de envejecimiento activo.

#### *2.2.4.3. Multiculturalidad del envejecimiento exitoso*

Lo que las personas comprenden por envejecer bien depende de la cultura en a que se ven inmersas (Sternberg, 1990). Múltiples investigaciones en donde se realizan comparaciones de los sistemas cognitivos de las personas

y sus percepciones acerca del envejecimiento describen lo que en cada una de las culturas representa este constructo. En Estados Unidos por ejemplo se encontraron algunas diferencias en la percepción del envejecimiento exitoso, dependiendo de la variedad etnográfica que se analizaba, también encontraron que las personas con niveles altos de educación tenían mayor probabilidad de cumplir con los criterios de envejecimiento exitoso (Martín et al. 2015).

Los ingresos económicos facilitan a las personas el acceso a recursos que promueven la salud (Galobardes, et al. 2006), así como también los recursos cognitivos se explotan mejor a través de la educación superior, lo cual puede ir de la mano con la concienciación de buenas prácticas que mantienen la salud (Mirowsky y Ross, 2003), análogamente en Australia, se encontró que el envejecimiento exitoso se ve ligado a estudios superiores, estilo de vida y actividad física (Almeida, Norman, Hankey, Jamrozik y Flicker, 2006) y a la vez estos factores resultan predictivos de la buena salud mental en la población masculina.

Se han realizado estudios con adultos mayores de poblaciones mexicanas, (Arias, et al.2012) en donde se encontró que había una relación entre nivel educativo y edad, siendo la educación superior positivamente correlacionada con el envejecimiento exitoso. Estos hallazgos son valiosos, pero a la vez resultan complejos, ya que las personas mayores que no gozan de ingresos económicos que les faciliten estos recursos verán su envejecimiento desde otra perspectiva menos alentadora, es así que algunos investigadores resaltan la brecha de desigualdad étnico- racial respecto al envejecimiento exitoso, por ejemplo, en los Estados Unidos, las personas de raza diferente a la caucásica o “no blancas” tenían más probabilidad de ser clasificados en términos de envejecimiento no exitoso en comparación con las personas “blancas”.

Otros estudios resaltan que factores como la participación social, autonomía funcional y salud, son relevantes a la hora de hablar de envejecimiento exitoso, por ejemplo, un estudio realizado en personas de la tercera edad canadienses, los individuos que tenían una participación social

más activa, y compromiso con la vida o participación social positiva, salud física y satisfacción puntuaron más alto en envejecimiento exitoso (Tate, Lah, y Cuddy, 2003); así como una muestra de personas de la tercera edad británicas, en cuyo estudio los aspectos más relevantes asociados al envejecimiento exitoso fueron: salud y autonomía funcional, factores psicológicos (cognitivos, emocionales, motivacionales), participación social, relaciones sociales y estabilidad financiera (Bowling, 2007).

En una investigación realizada en los Países Bajos, se llegó a la conclusión del que en el envejecimiento exitoso lo más importante era el proceso de adaptación a los cambios relacionados con el envejecimiento que el estado de salud (Von Faber, et al. 2001), y es que mediante la observación y la vivencia propia comprobamos que lo más difícil de envejecer es aceptar que lo hacemos, y ver como las personas que amamos envejecen con nosotros.

Hsu (2007) encontró en una investigación realizada en Taiwán, que los aspectos considerados como claves en el envejecimiento exitoso eran la buena salud física, la autonomía funcional, ausencia de enfermedades crónicas, buena relación con la familia y atención emocional, este estudio se acerca a nuestra realidad Latinoamericana, sobre todo en el factor familia, ya que en nuestro país se guarda la tradición de que los hijos cuiden a sus padres cuando dejan de ser independientes en el envejecimiento.

En América Latina y Europa se analizaron las similitudes y diferencias con respecto al hecho de envejecer, es así que se pudo visibilizar a la salud física, el apoyo social y el bienestar psicológico como aspectos más relevantes en el envejecimiento exitoso para los dos contextos culturales (Fernandez-Ballesteros et al. 2010). De toda la literatura revisada podemos concluir que el envejecimiento exitoso tiene puntos relevantes muy similares en todos los contextos analizados, compartiéndose los criterios de salud física, bienestar psicológico, relaciones interpersonales y autonomía funcional como prioritarios en casi todas las culturas.

*2.2.4.4 Enfoques proactivos para el éxito, modelo de Kahana, Kahana y Lee (2013)*

En esta teoría, la proactividad es concebida como una orientación instrumental adaptativa que tiene como objetivo modificar los riesgos potenciales relacionados con el ambiente o los cambios físicos debidos al envejecimiento, de acuerdo con esta formulación, la proactividad se orienta a motivaciones hacia el futuro y se refiere a los esfuerzos comportamentales para construir recursos en uno mismo y dirigirlos hacia prevenir o minimizar situaciones o entornos problemáticos (Martin, et al. 2012), este término es una construcción más amplia que el de “agencia” que se utiliza en campo de la sociología al hablar de autocuidado (Cockerham, 2005). En este modelo la proactividad se refiere específicamente a los comportamientos específicos de personas mayores para tratar activamente con estresores inminentes relacionados con el envejecimiento. El concepto puede ser también consistente con la resiliencia (Brandstädter, 1999) auto-regulación (Staudinger, Freund, Linden, y Maas, 1999) o afrontamiento (Kahana y Kahana, 1996).

El modelo de proactividad del envejecimiento exitoso o coping proactivo, se basa en la suposición de que con el paso de los años se van acumulando una serie de estresores sociales y de salud (Kasl, 1992), propuesta alineada con la formulación del proceso de estrés (Pearlin, 1989).

Personas que mantienen buena salud física y participación en actividades sociales sin ningún esfuerzo consciente de afrontamiento ante el estrés, son consideradas como afortunadas, sin embargo la mayoría de personas de la tercera edad enfrentan estresores relacionados con el envejecimiento, como la disminución de la salud o pérdidas en diferentes dominios, que requieren estrategias de afrontamiento y adaptación a los cambios, los cuales son necesarios para mantener una calidad de vida positiva mediante orientaciones conductuales dirigidas a objetivos, las cuales se denominan adaptaciones proactivas, y son claves para tener éxito, hacer frente

a los desafíos inminentes de los estresores del envejecimiento (Kahana, et al. 2014).

Estas transacciones comportamentales, cuando están ancladas a pensamientos orientados hacia el futuro, reflejan la voluntad del ser humano dirigido a la reducción del estrés, en nuestra población de migrantes de la tercera edad, un ejemplo podría ser el mismo hecho de emprender una nueva vida en otro país, diferente de su país de origen, en donde se observa el desarrollo de recursos y la capacidad para la resolución de conflictos (Kahana, et al. 2014).

Una característica única de los comportamientos proactivos específicos es que apuntan a estresores específicos asociados con el envejecimiento, por ejemplo: la promoción de la salud y la gestión proactiva de las enfermedades; convirtiéndose en procesos de adaptación para enfrentar enfermedades crónicas. Algunas conductas similares son el anticiparse y realizar modificaciones ambientales, como un ajuste persona-ambiente, ejemplo: buscar un sitio con clima más amigable para vivir, ante el inicio de una enfermedad que no tolera bien climas fríos (Kahana, et al. 2014) como es el caso de muchos de los migrantes que eligen el Ecuador como destino de retiro.

Algunos de los estresores del envejecimiento son el declive de la salud, las pérdidas sociales, la falta de ajuste persona-ambiente, los mismos que sirven como estímulos para generar respuestas adaptativas únicas que están orientadas a mejorar la calidad de vida. La teoría también considera a los acontecimientos estresantes acumulativos, que resultan más diversos que los normados por el envejecimiento, por ejemplo: la discriminación social, la desigualdad en acceso a recursos financieros, que restringen el acceso a salud, educación y espacios sociales de esparcimiento, poniendo en riesgo la calidad de vida de las personas (Dannefer, 2003).

El modelo como tal nos muestra: el contexto, las fuentes externas e internas que determinan las reacciones ante los estresores, las conductas

adaptativas y la calidad de vida y sus variables. Según sus autores está compuesto por 5 fases (Petretto, et al. 2016):

1. Fase 1: Disponibilidad de recursos que puede acumularse a lo largo de la vida para construir la resistencia y estar preparados para enfrentar diferentes situaciones a futuro
2. Fase 2: Verificación del ambiente, en búsqueda de amenazas.
3. Fase 3: Verificación del ambiente en busca de estímulos que indiquen la presencia de factores estresantes o desafíos que necesitan una acción e intervención.
4. Fase 4: Prevé la activación de conductas adaptativas, como buscar información de lo que enfrenta, y acciones cognitivas como la planificación ante los factores estresantes.
5. Fase 5: es la fase final en donde en base a la información adquirida el resultado es el esfuerzo de adaptación.

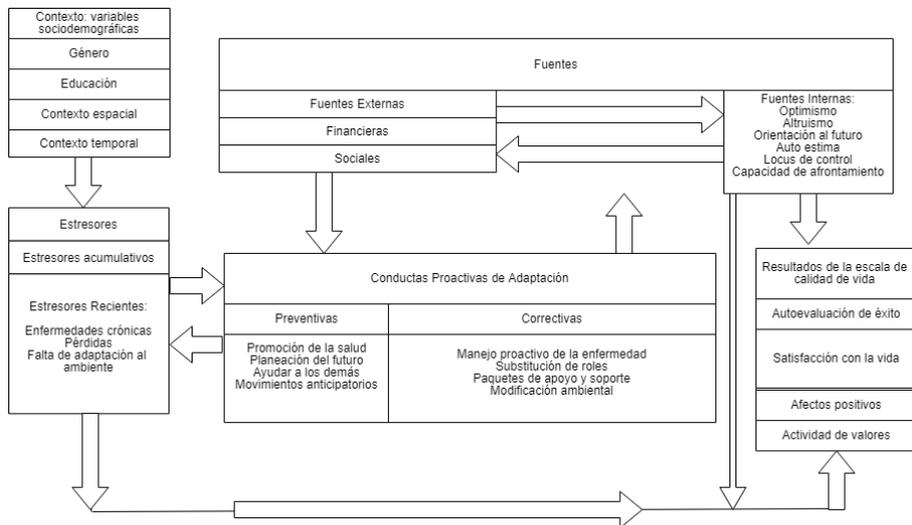


Figura 3. Envejecimiento exitoso: un modelo integral de Kahana, Kahana y Lee (2013)

La adaptación proactiva puede ayudar a las personas a reducir los efectos de los eventos estresantes y las consecuencias que estos pueden tener sobre la calidad de vida, el bienestar psicológico, el significado de la vida, la actividad, y las relaciones interpersonales (Petretto, et al. 2016).

Sin embargo, Owehand y colaboradores (2007), consideran que este modelo de afrontamiento o proactividad puede variar de persona a persona, dependiendo de los objetivos personales o de los factores estresantes que las personas pueden encontrar durante su vida y de cómo los unos influyen sobre los otros. Una de las ventajas de este proceso de adaptación es que si los eventos estresantes se encuentran tempranamente consumen menos recursos, pero así mismo la desventaja estaría al percibir erróneamente situaciones como estresantes lo cual desembocaría en un desperdicio de recursos (Kahana y Kahana, 1996).

### **2.2.5. Teorías y modelos de envejecimiento basadas en teorías orientales**

Como hemos mencionado en páginas anteriores la teoría de Rowe y Kahn (1997) propone 3 componentes para un envejecimiento exitoso: baja posibilidad de padecer enfermedades o poseer una discapacidad, buena capacidad cognitiva y física y alto compromiso por la vida; sin embargo, una nueva perspectiva teórica proviene de las culturas orientales en donde se incluyen características individuales y el contexto cultural (Kending, 2004) planteando modelos multidimensionales.

El modelo o paradigma del envejecimiento basado en la filosofía oriental, alineado con las enseñanzas ancestrales de esta cultura, ofrece un enfoque de salud con el equilibrio entre el cuerpo, la mente y las relaciones interpersonales, recogiendo las diferencias individuales en la experiencia de envejecer que analizan aspectos etnográficos, socioeconómicos y de género de cada individuo, lo que hacen que estas propuestas sean acogidas como modelos multidimensionales más completos (Alberola, 2015) y necesarios para la comprensión del envejecimiento.

### *2.2.5.1. Modelo multidimensional de Iwamasa e Iwasaki (2011)*

Este modelo es considerado uno de los más completos en la actualidad y fue concebido examinando el concepto de envejecimiento exitoso utilizando una teoría fundamentada en un enfoque etnográfico, en donde participaron 77 estadounidenses de ascendencia japonesa, adultos mayores residentes en dos centros gerontológicos en California. Este modelo ha sido también validado exitosamente en una muestra de 593 adultos mayores en España por Alberola, Oliver y Tomás (2015).

La teoría propone 6 dimensiones en su modelo:

1. **Funcionamiento Físico:** correspondiente a la salud, la dieta, el ejercicio físico, todos los aspectos relacionados con la apariencia, así como conservar una buena salud, establecer rutinas en la vida diaria.
2. **Funcionamiento Psicológico:** incluye varias subcategorías como afectos positivos, actitudes, mantenimiento de la independencia, disposición al cambio, apertura a nuevas experiencias, optimismo, felicidad, etc.
3. **Funcionamiento Social:** pertenecen a esta dimensión las categorías de recreación y entretenimiento, la socialización, el mantenimiento de grupos sociales y recreación, así como la búsqueda de una pareja durante la tercera edad.
4. **Funcionamiento Cognitivo:** representa el deseo de mantenerse activo mentalmente, esforzarse por mantener un alto funcionamiento cognitivo, ser creativo y realizar nuevas actividades para seguir aprendiendo.
5. **Espiritualidad:** contiene varias subcategorías como la religiosidad, la paz interna, la fe, el aprecio, comportamiento altruista, etc.
6. **Seguridad Financiera:** en esta dimensión se observan 2 posturas, la primera se refiere al tener éxito por la cantidad de dinero que se posee, y la segunda es que el dinero no siempre te hace exitoso, o no está necesariamente asociado con la felicidad, en esta dimensión existe un consenso que apunta hacia la estabilidad financiera.

## *Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

La investigación de Iwamasa e Iwasaki (2011) se realizó con metodología cualitativa, justificada por haber sido aplicada a personas pertenecientes a una cultura diferente a su contexto (Alberola, 2015).

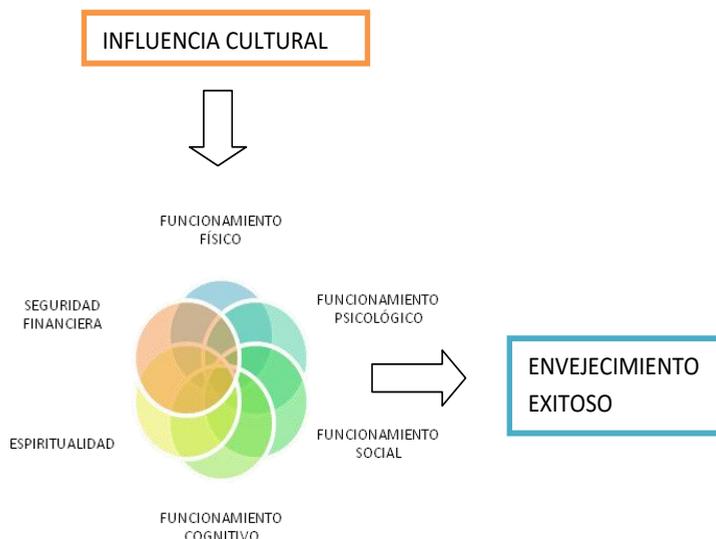


Figura 2. Adaptación del modelo multidimensional del envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki (2011).

### *2.2.5.2. Modelo de envejecimiento armónico*

Liang y Luo (2012) han denominado a su propuesta teórica como “envejecimiento armónico, tomando a la armonía como concepto filosófico que explica el equilibrio dinámico conducido por el *Yin* y *Yan*, y haciendo referencia al equilibrio basado en diferencias en lugar de la uniformidad, concepto presente en todas las escuelas filosóficas en China (Hochsmann, 2004), la armonía enfatiza la importancia de mantener un equilibrio dinámico en todas las esferas de la vida: mente, cuerpo y relaciones interpersonales, entendiéndolas como dimensiones que oscilan entre la continuidad y el cambio entre el tiempo y el espacio.

La armonía entonces es impulsada por fuerzas opuestas, pero interdependientes, como el *Yin* y *Yan*, complementariamente, y se crea a partir de las relaciones cambiantes entre los individuos y el principio unificador que da origen a las cosas (Hochsmann, 2004). El *confucionismo*, el *taoísmo*, y el *budismo* enfatizan en una visión holística (Uchida, Nrosakkunkit y Kitayama, 2004) reconociendo la singularidad de cada individuo.

Liang y Luo (2012) usan la teoría armónica como una guía teórica para adoptar una visión holística del envejecimiento, enfatizando en las fuerzas estructurales de carácter individual. Así cada persona le da una interpretación diferente y única al envejecimiento de acuerdo a los factores sociales, contextos culturales, espacio y tiempo histórico.

La armonía es creada por el adulto mayor al lograr en su vivencia un equilibrio entre lo estructural y lo individual, las ventajas y desventajas, el cambio y la continuidad, la insuficiencia y la abundancia. Así Liang (2011) descubre en una población de la década de los años 1950, que la jubilación significaba el equilibrio entre la identidad grupal y la individual, el ocio personal y la necesidad familiar, el llevar un estado de ánimo pacífico al enfrentar los desafíos.

Saengtienchai, Ingersoll-Dayton, Kespichayawattana, y Aungsuroch (2001) como resultado de un estudio sobre adultos mayores tailandeses definen a la armonía en términos de relaciones interpersonales. Ello contrasta con la cultura occidental, en donde la independencia, la actividad y el mantener contacto social representan al modelo de envejecimiento exitoso (Fry et al. 1997).

### **2.3. Factores asociados al envejecimiento exitoso**

Tal y como se ha podido observar a partir de la revisión de las teorías anteriores, 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. A continuación se revisará la literatura científica más relevante de los aspectos que sobresalen de las teorías anteriores.

### **2.3.1. El género, la educación y la vida laboral**

Cuando analizamos en género relacionado con el envejecimiento, no podemos 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 hablamos 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).

Cuando hablamos de diferentes factores que pueden influir en el envejecimiento exitoso tenemos algunos estudios, en Ecuador, por ejemplo, se entrevistó a 386 adultos mayores y se encontraron diferencias significativas en bienestar general, salud y gratitud entre hombres y mujeres obteniendo los hombres promedios menores en los factores mencionados, pero puntuaron más alto en autoeficacia (Bueno, et al.2017). Al contrario un estudio con 250 adultos mayores en Chile mostró que los hombres presentaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de la salud que las mujeres (Vivaldi, et al. 2012).

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).

En cuanto al tema laboral, como se ha mencionado en párrafos anteriores, tiene que ver con la actividad y la productividad, estando asociados a un envejecimiento exitoso. La jubilación no representa intrínsecamente un factor perjudicial para la salud, de hecho un estudio llevado a cabo en el año de 1987 reveló que casi una tercera parte de los jubilados afirmaban que su salud mental y física mejoró al retirarse, un cincuenta por ciento no reportó diferencia alguna, pero por lo general la mayoría de jubilados aumentan su satisfacción con la vida (Ekerdt, 1987).

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 (como está pasando en el Ecuador) 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).

Por otra parte, 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 personas y también la consecución de metas y objetivos personales (Robson y Hansson, 2007). El

modelo de macro-nivel de la productividad en el envejecimiento exitoso de Johnson, Sarkisian y Williamson (2014), afirma que las políticas públicas pueden aumentar o limitar la actividad de los adultos mayores y con ello el bienestar, siendo el gasto público en programas enfocados a las personas de la tercera edad y la salud un factor protector. Los países con participación social y pública para los adultos mayores fomentan el envejecimiento exitoso (Johnson, et al. 2014), en un estudio en Ecuador corrobora estos datos demostrando que las personas que participan en los centros de servicios sociales muestran valores promedio más altos de bienestar de aquellas que no acuden a ellos (Bueno, et al. 2017).

Por otra parte, 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 el autoestima, la nutrición, fortalecimiento de vínculos sociales, oportunidades de actividad física además de la remuneración obtenida (Alavinia y Burdonrf, 2008).

### **2.3.2. La salud**

Si bien el tema de la salud como parte de un envejecimiento exitoso procede de un modelo médico instaurado en 1989 (Fries), 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 cuál 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). Otros investigadores proponen la hipótesis de lentitud generalizada, en donde se afirma que todas las partes del sistema nervioso en donde se procesan las respuestas son menos eficientes con el avance de los años; esto da como resultado una incidencia más alta de accidentes para los adultos mayores, ya que no pueden recibir de forma eficiente la información que indica peligro (Feldman, 2007).

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 (Sun y Nathan, 2001),

En el caso de la pérdida auditiva el 50% de adultos mayores de 75 años la padecen (Chisolm, et al. 2003). 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).

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

En cuando al gusto y al olfato, se percibe una disminución real en la sensibilidad de estos sentidos, haciendo que la comida sea menos atractiva y apetitosa que antes (Nordin et al, 2003). Esto se debe a cambios físicos como el deterioro de las papilas gustativas en la lengua y la resequedad del bulbo olfatorio, lastimosamente este deterioro puede traducirse en desnutrición a largo plazo incrementando la posibilidad de desarrollar enfermedades como la hipertensión o la alta presión sanguínea, uno de los problemas más comunes en la tercera edad (Stevens, et al.1991).

Para un actor no hay pérdida más grande que la pérdida de su oído.

Puedo separar el Mar Rojo, pero no puedo separarme de ti, que es la razón por la que no te excluyo de esta etapa de mi vida.

Por ahora no estoy cambiando nada. Insistiré en trabajar cuando pueda; los doctores insistirán que debo descansar.

Si ves un poco menos firme mi paso, si tu nombre no logra salir de mis labios, tú sabrás por qué. Y si te cuento una historia graciosa por segunda ocasión, por favor, ríete de todas formas (Charlton Heston, 2002).

Con estas palabras el actor Charlton Heston, quien interpretó a Moisés en la película clásica de los Diez Mandamientos, anunció que sufría de la

enfermedad de Alzheimer, y aunque no es una enfermedad común, estas palabras demuestran el sentir de un adulto mayor que desarrolla una enfermedad crónica, a las que son más susceptibles como causas principales de muerte, entre estas enfermedades tenemos: cardiopatía, cáncer, apoplejía, artritis, hipertensión (Feldman, 2007).

El Alzheimer a pesar de no ser una enfermedad común, es la forma más frecuente de demencia, siendo una enfermedad de orden neurológico progresivo, en la que el cerebro va desgastándose paulatinamente, según la OMS, en el mundo aproximadamente 50 millones de personas la padecen, con una incidencia de 1-10 casos por cada 1.000 personas, lo que indica una prevalencia del 3-7 % en la población, cifras que aumentan consistentemente en grupos de edades avanzadas (Barragán, et al. 2019).

Por otra parte las personas pueden hacer cosas específicas para mejorar su salud en el envejecimiento, comer saludable, hacer ejercicio, evitar conductas nocivas como el tabaquismo, no solo se trata de evitar la enfermedad sino de extender el ciclo de vida activo, la cantidad de tiempo que permanecemos sanos y disfrutamos de la vida (Katz y Marshall, 2003).

Existen varios factores asociados con el mantenimiento de la salud en las personas de la tercera edad, por ejemplo, en México el consumo de alcohol, las muertes violentas y la muerte por cirrosis hepática, si bien no son exclusivas del sexo masculino, se observa en datos estadísticos que existe una mayor prevalencia en varones (Puentes, et al. 2004).

Siguiendo con la percepción de la salud, un estudio en Chile con adultos mayores informó que los hombres reportaron mejor percepción de la salud que las mujeres; según este estudio, la percepción de la salud en el adulto mayor está influida por su salud mental y capacidad funcional, constituyéndose la salud como un constructo asociado a variables psicológicas como la autoestima, la satisfacción con la vida y la depresión (Mella, et al. 2004), a su vez la percepción de la salud está asociada a indicadores más objetivos como el número de enfermedades crónicas del adulto mayor, el

tiempo de prevalencia de la enfermedad y su agudización (Beaman et al. 2004).

En la vejez, el riesgo de las limitaciones debidas a la pérdida de la salud, la disminución de las amistades y contactos sociales, la viudez, ponen al adulto mayor en cierto grado de vulnerabilidad incrementando las internaciones geriátricas (Quintero, et al. 2015).

Los estudios actuales se centran en la promoción de buenas prácticas para mantener la salud física (Rothman et al. 2006). Otros factores predictores de la buena salud física en la tercera edad son las creencias de control (Krause y Shaw, 2003), el apoyo social (Beckman et al. 2000) y el ejercicio físico (Cotter y Lachman, 2010).

En conclusión, no interrumpir las actividades que realizamos competentemente y compensar de manera activa cualquier deterioro físico o mental, son factores importantes para un envejecimiento exitoso (Schulz y Heckhausen, 1996), lo que las personas sean en la vejez depende en gran medida de cada uno (Craig, 2001).

### **2.3.3. Las funciones cognitivas**

Si bien los primeros estudios en esta área concluyen que el proceso de envejecimiento tiene efectos negativos en la mayoría de los campos de la cognición humana (Jarvik yCohen, 1973), investigaciones posteriores ponen en tela de duda esta aseveración, porque, se han observado tareas cognitivas que no sufren decrementos o se ven mínimamente afectadas con el paso de los años.

Los investigadores en la actualidad ya no consideran inevitable el deterioro de las capacidades cognoscitivas en las personas de la tercera edad, es posible que tareas específicas, como la resolución de conflictos y la memoria, así como la capacidad intelectual permanezcan firmes a lo largo del tiempo, y cierto tipo de estímulo ambiental mejora innegablemente las capacidades cognitivas (Feldman, 2007).

En cuanto a la inteligencia en adultos mayores, la idea de que disminuye a lo largo de los años surgió de malas interpretaciones de la evidencia empírica, ya que en inicio de esta necesidad investigativa se utilizaron las mismas pruebas de coeficiente intelectual en poblaciones jóvenes y en adultos mayores. Estas dificultades se subsanaron al recurrir a estudios longitudinales, pero presentaban la dificultad de que los participantes se familiarizaban con las pruebas y los resultados dejaban de ser confiables, sin embargo, las investigaciones más recientes han tratado de superar estas desventajas (Feldman, 2007).

El estudio de Schaie (1996), realizado en Seattle a 500 individuos desde los 5 años de edad hasta los 70 años, en donde fueron probados y siguen siéndolo cada siete años, logrando reunir una muestra hasta de 5.000 participantes, de esta gran investigación se realizaron algunas generalizaciones acerca de la inteligencia (Schaie, 1996):

- Algunas habilidades declinan a lo largo de la adultez (desde los 25 años) pero otras permanecen estables, no existiendo patrones uniformes en los cambios relacionados con la edad.
- Para los 67 años las personas promedio tienen disminuciones cognitivas mínimas, incluso hasta los 80 años.
- Se encuentran diferencias individuales significativas en los patrones de cambio de la inteligencia, no tienen que ver con la edad, en efecto la tercera parte de los adultos mayores a 70 años califican más alto que el adulto promedio joven.
- Los factores ambientales y culturales juegan un papel importante en la disminución intelectual; las personas con nivel socio económico alto y sin enfermedades crónicas que participan en ambientes estimulantes y con un estilo de personalidad flexible, mantienen buena velocidad de procesamiento perceptual y sentimientos de autosatisfacción con los logros en la adultez media o temprana, mostrando menos deterioro.

Estos estudios han generado la posibilidad de desarrollar programas de intervención para ayudar a los adultos mayores a mantener y mejorar sus habilidades cognitivas, sugiriendo a través de su puesta en marcha que la estimulación, practica y motivación apropiadas fomentan la plasticidad cerebral (Cavallini et al. 2003).

Los test de inteligencia multifactoriales indican que los niveles cognitivos disminuyen, pero no de igual forma en todas las áreas con el transcurso de los años, es así como las habilidades verbales no se deterioran de la misma manera como las habilidades utilizadas para la resolución de problemas (Muñoz, 2002). Es evidente como la inteligencia se ve influida por las variables culturales y la dimensión histórica del individuo, lo cual puede favorecer la aparición tardía y leve de las deficiencias cognitivas (Baltes, 1984; Cunningham, 1983; Schaie, 1996).

La memoria es otra de las funciones que puede verse afectada por el envejecimiento, sin embargo, la pérdida de la memoria no es una parte inevitable para el adulto mayor (Hess, et al. 2003). Inclusive cuando existen pérdidas de la memoria que puedan ser atribuidas al envejecimiento, éstas se limitan principalmente a recuerdos episódicos, es decir de hechos puntuales de la vida, más no relacionados con los conocimientos o hechos generales, a lo que se llama recuerdos semánticos, ni tampoco a los recuerdos implícitos, que es la memoria procedimental de cosas que se han aprendido a lo largo de la vida, por ejemplo: montar bicicleta (Nilsson, 2003).

Las capacidades de la memoria cambian en la etapa de la tercera edad, la memoria a corto plazo disminuye gradualmente hasta los 70 años cuando el deterioro es más evidente, pero estos cambios son menores y su efecto en la vida cotidiana son insignificantes, ya que las personas aprenden rápidamente a compensar esta disminución (Light, 2000).

Las explicaciones de los cambios de la memoria se dan en tres categorías (Feldman, 2007):

- Factores Ambientales: la toma de medicamentos que por efecto secundario entorpece la memoria, los cambios en la vida como la jubilación que reduce la práctica de la utilización de la memoria, así como la disminución de la motivación para recordar información son factores a ser observados, pero influyen de manera leve.
- Deficiencias del proceso de la información: se podría asociar la pérdida de la memoria a los cambios en la capacidad para procesar la información, así como la reducción de la velocidad para procesar la información (Feldman, 2007). Otra teoría en esta explicación plantea que los adultos mayores se concentran de forma menos eficaz ante la presencia de material nuevo, por lo que le es más difícil prestar atención, llegando a la conclusión de que el deterioro en la memoria se debe a los cambios en la atención y organización de tareas (Castel y Craik, 2003).
- Factores Biológicos: este enfoque se concentra en que el deterioro de la memoria está asociado a desgaste en el cerebro y el cuerpo, como los lóbulos frontales, o la reducción de estrógeno. Algunos estudios también han revelado pérdida de células en el hipocampo, el cuál es fundamental para la memoria (Eberling et al. 2004; Lye et al. 2004).

En cuanto a los trabajos empíricos muestran que la memoria si sufre decrementos con el paso de los años, esta pérdida está asociada a varios factores, como la repetición de la información, la profundidad con la que se trata la información, el grado de distracción en el momento de registro, dotación de índices en el momento de codificación y tipo de información almacenada del individuo; sin embargo no todos los procesos de la memoria se ven afectados con el envejecimiento, la organización de la información, la memoria a largo plazo, y la memoria implícita quedan intactas con el transcurso de los años (Muñoz, 2002).

Estudios actuales se alejan del enfoque tradicional sobre el envejecimiento del cerebro, y si bien son pocos, estos están enfocados en el “envejecimiento cognitivo exitoso” (Navarro, et al.2015), incluyéndose en

ellos la descripción de factores que permiten a las personas seguir manteniendo un alto rendimiento cognitivo con el avance de la edad, así como planes de intervención para la mejoría de las capacidades cognitivas que se han ido deteriorando de forma normal con el transcurso de los años (Deep, et al.2012).

Una revisión sistemática de 28 estudios cuantitativos definen al componente cognitivo como un conjunto de factores (Depp y Jeste, 2006). El Instituto Nacional de Salud Cognitiva y Salud Emocional (Hendrie et al. 2006) indica que la salud cognitiva está dirigida hacía el desarrollo y la preservación de la estructura cognitiva, siendo esta multidimensional y que le proporciona al adulto mayor las capacidades y habilidades para mantener una conexión social, un sentido de vida, independencia, capacidad de recuperación funcional ante enfermedades y lesiones, para hacer frente a los déficits cognitivos y residuales. Lo importante de esta definición radica en que combina múltiples dominios cognitivos que van más allá de las capacidades neuropsicológicas (Calatayud, Gutiérrez y Tomás, 2016).

Los supuestos biológicos por los que las capacidades cognitivas pueden mejorar o mantenerse en la edad avanzada son:

- Las influencias genéticas, por ejemplo, en estudios gemelares parece haber evidencia de que el rendimiento cognitivo es heredable, sin embargo, la influencia de los genes puede disminuir con la edad (Finkel, Pedersen, Plomin y MacCleary, 1998), considerando, además, el importante papel que tienen los factores ambientales en la genética.
- El estrés está más relacionado con los temas de salud y enfermedades crónicas, por lo que el estrés puede ser incontrolable en algunas situaciones, como por la toma de decisiones ante factores psicosociales tal como lo son la jubilación o la muerte de un ser querido (Tomás et al.2015), sin embargo, existe otro factor importante ante estos hechos, como factor protector, la resiliencia, que ha sido descrita por Lamond y colaboradores (2008), en los adultos mayores

como una estructura ligeramente diferente a la de los adultos jóvenes, ya que posee mayores asociaciones positivas entre el afrontamiento centrado en la emoción y la libertad de la depresión, que el afrontamiento centrado en el problema.

- La reserva del cerebro se refiere a la capacidad del cerebro para resistir el daño y seguir funcionando, esta actúa como una compensación pasiva, es así como los déficits serían cubiertos en una parte por esta reserva según estudios, en donde se muestra que una circunferencia grande de la cabeza atenúa la relación entre la atrofia y la función cognitiva en pacientes con daño cognitivo (Perneckzy, et al. 2010). La reserva cognitiva por el contrario implica una compensación activa en donde se ha observado que la actividad cerebral ante el envejecimiento utiliza más recursos que suplen las disminuciones estructurales y funcionales, utilizando complementariamente circuitos alternativos neuronales (Cabeza, Anderson, Locantore, y McInstosh, 2002).
- Sabiduría, como sustentamos en párrafos anteriores, algunas habilidades cognitivas pueden mantenerse o verse afectadas con la edad, sin embargo existen otras que pueden aumentar como lo es la sabiduría, que es una forma de avanzado desarrollo cognitivo y emocional, siendo la experiencia impulsada como una cualidad personal (Jeste et al. 2010). La sabiduría para Robert Sternberg (1990) es el sistema de conocimientos de experticia que se concentran en aspectos prácticos de la vida incluyendo excelencia de juicios y consejos sobre problemas trascendentales tales como el significado de la vida y la condición humana, la sabiduría es vista como la cúspide de la inteligencia humana.
- El estilo de vida también es otro factor que influye en la protección del deterioro cognitivo a los adultos mayores, un estilo de vida activo ha sido asociado a una disminución de riesgos de demencia (Ferreira, Owen, Mohan, Crobett, y Ballard, 2015).
- La plasticidad cerebral está respaldada por investigaciones actuales que dan relevancia a la existencia de un entorno de plasticidad

dependiente del cerebro que sería un factor protector ante enfermedades neurodegenerativas. El enriquecimiento ambiental es una configuración experimental que proporciona evidencia de esta plasticidad cerebral entendida como una mejora cognitiva, en cuanto a la socialización las capacidades sensoriales y motoras y la potenciación del aprendizaje y la memoria (Mora, Segovia y Del Arco, 2007).

- La toma de decisiones es otro factor importante en la conservación de las funciones cognitivas (Rieger y Mata, 2015), ya que de alguna manera los adultos mayores que toman buenas decisiones aumentan su envejecimiento con éxito, aunque existe poca literatura al respecto.

Podemos aseverar que la salud mental influye directamente en la conservación de las funciones cognitivas, y contrariamente, enfermedades como la depresión reducen el nivel general del funcionamiento cognoscitivo (Perlmutter, et al. 1987) pero existen otros factores que también influyen:

- La condición física.
- Las deficiencias nutricionales.
- El alcohol consumido durante largo tiempo.
- La medicación desde analgésicos y los fármacos para la hipertensión disminuyen el estado de alerta y atención.
- Inactividad de funcionamiento mental (Permuter et al. 1987).

Finalmente cabe resaltar que existen compensaciones a la mente que envejece, el modelo de Baltes (1993) de optimización selectiva con compensación afirma que existen mecanismos que ante el deterioro biológico van modificando las estructuras para lograr un equilibrio en el funcionamiento cognitivo. Baltes afirma también que los adultos mayores reconocen estas pérdidas de manera objetiva y subjetiva, así como el equilibrio logrado mediante la compensación, y mediante esto reorganizan su sentido del yo.

### **2.3.4. La autonomía o capacidad funcional**

La dependencia además de ser un concepto que abarca las prestaciones monetarias o de servicios del estado hacia las personas mayores, habla también del riesgo cuando los recursos propios de las personas de la tercera edad no cubren sus necesidades básicas, siendo tradicionalmente la familia quien generalmente representa un apoyo en estos casos para el adulto mayor en el caso de Latinoamérica (Aranibar, 2001).

Según la Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica y el Caribe los niveles elevados de prevalencia de la dependencia para las actividades de la vida diaria y para las actividades instrumentales de la vida inscriben necesidades que en el futuro requerirán de acciones políticas y sociales muy diferentes a las actuales (D'Hyver, y Gutiérrez, 2014). La funcionalidad ubicada como parte de la valoración de la salud en el adulto mayor ha tomado fuerza con el paso del tiempo (Segovia de León y Torres, 2011), en 1975 la Organización Mundial de la Salud intentó por primera vez definir a la salud tomando en cuenta la función, considerándola como “un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales” posteriormente considera al funcionamiento como una interacción entre las condiciones de salud (trastorno o enfermedad) y los factores contextuales (ambientales y personales), en donde se ven involucradas la integridad funcional y estructural del hombre, actividades de participación y capacidad para desempeñarse en un entorno real favorecido por factores ambientales como facilitadores versus la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) (Asamblea Mundial de la Salud, 2001).

La OMS (1985) plantea que el adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio adaptándose de manera funcional y manteniendo la satisfacción personal, es así como el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para las personas de la tercera edad (Sanhueza, Castro y Merino, 2005) por ello la OMS (1985) propone como indicador para las personas de la tercera edad la independencia

funcional. En 1984, Fillenbaun confirma esta propuesta, proponiendo la evaluación de la salud en los adultos mayores en términos de estatus funcional, asociando el concepto de la salud al mantenimiento de la independencia funcional, siendo la funcionalidad o independencia funcional, la capacidad de cumplir acciones necesarias para el diario vivir, para mantener el cuerpo y para poder subsistir y desarrollarse independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de realizar estas actividades cotidianas se dice que la funcionalidad está ilesa (Ministerio de Salud Chile, 2003), estas actividades incluyen: bañarse, vestirse, comer, levantarse e ir al baño, así como actividades instrumentadas de la vida como gimnasia, actividades recreativas y socialmente útiles, adaptación a la vida en colectivo entre otras (Carmenaty, Idalmis, Soler-Orozco y Laudelina, 2002).

Hazzard (2007) en un planteamiento más holístico plantea la integración de diferentes dimensiones para la evaluación geriátrica, identificando el estado funcional del adulto mayor no solamente desde el aspecto médico, sino involucrando los aspectos cognitivo, afectivo, medio ambiental, el soporte social, los factores económicos y la espiritualidad.

En la evaluación de la funcionalidad del adulto mayor, Pérez, Sanz-Aranguez, Ávila, Moya (2008) proponen que también se deben incluir las esferas física, mental y social, para de esta manera tener como resultado la situación funcional del sujeto, expresando su capacidad para vivir de forma independiente. Pedrero y Pichardo (2009) identificaron cuatro factores dinámicos en la funcionalidad geriátrica, integrando los aspectos físico, mental, socio familiar y agregando además lo económico, considerando que el adulto mayor sano es el que se mueve, toma sus propias decisiones sin importar las enfermedades que puedan aquejar y además poseer cierta independencia económica.

### **2.3.5. El apoyo social**

El apoyo social es un factor importante que ayuda a las persona 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 les escuchan, les ayudan con las tareas o estén disponibles para ellos (Lee, Lang y Yen, 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.

Las relaciones interpersonales son la conexión a las interacciones con las demás personas, incluyéndose en esta la disponibilidad, el apoyo emocional y físico, en tanto que las actividades productivas son las que proveen valor sin importar la compensación de la persona, sino la satisfacción personal por realizarlas, como las actividades de voluntariado, este tipo de actividades son consideradas como predictor del envejecimiento exitoso (de León, 2005).

Sin embargo consideramos importante abordar también el concepto de Capital social, que es muy utilizado en las ciencias sociales desde los años noventa. Jorge Ramírez en su obra “Tres visiones sobre capital social: Bourdieu, Coleman, Putnam” (2005) señala que sus aportes constituyen probablemente una de las innovaciones más importantes de la teoría social contemporánea, sobre todo porque este concepto se ha vuelto un componente importante en las formulaciones y en el discurso de los organismos multilaterales, agencias de cooperación, políticos, periodistas, y analistas para referirse a los problemas sociales en Latinoamérica y sus posibles soluciones, aportando en la elaboración de políticas orientadas a la inclusión (Forni, Siles y Barreiro, 2004)

Coleman (1990) habla de los sentimientos de pertenencia social a redes y comunidades, cuando describe al capital social, mediante estos se puede acceder a recursos variados que circulan en estas redes sociales y comunidades (Huenchuan, Guzmán y Montes, 2003). Según el Panorama social 2001-2002 (Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2002) este capital social no está brevemente distribuido en toda la sociedad, identificándose brechas que marcan desigualdad, como por ejemplo las brechas sociales de educación, nivel socio económico, género, etnia, edad y zona de residencia. En el caso de los adultos mayores podemos distinguir tres tipos de capital social según la CEPAL (2002):

- Capital social individual: dado por vínculos con otros individuos en donde es crucial la calidad de las relaciones con estos vínculos.
- Capital social comunitario: dado por la existencia de diferentes redes de apoyo, importando la relevancia de las mismas, en términos de recursos y de influencia, y la diferencia entre redes “privadas” y “públicas,” lo cual es primordial para medir esta dimensión, ya que no depende del adulto mayor si no de la asistencia que recibe de las redes mencionadas (salud, entretenimiento, movilidad, etc.), en ellas se pueden visibilizar algunos criterios de medición:
- Opciones objetivas de acceso a las redes, en términos de cobertura, estabilidad, inclusión.
- Vinculación de las personas a las diferentes redes.
- Clima de confianza, solidaridad y reciprocidad que los adultos mayores reciben de los diferentes contextos,
- Capital Cultural: dado fundamentalmente por el reconocimiento que la sociedad da al papel del adulto mayor, a su experiencia, aporte y trayectoria, siendo una valoración social de su persona y su grupo social.

La calidad de vida está estrechamente ligada a las redes de apoyo en las personas mayores, no solamente por ser proveedoras de recursos materiales, sino por el significado que brindan emocionalmente a las personas,

ya que constituyen un elemento clave de apoyo afectivo para mantener la calidad de vida y mejorarla (Huenchuan, Guzmán, Montes, 2003).

En los últimos años, ha incrementado el interés por el apoyo social que reciben las los adultos mayores en países desarrollados como: Estados Unidos, Canadá, Europa (Antonucci y Jackson, 1987); este interés parte del debate de la ineficiencia de los recursos públicos para satisfacer las demandas de este grupo social que está en constante aumento, anteriormente se pensaba que cuando las personas pertenecían a redes sociales garantizaban el apoyo constante, sin embargo se ha desmentido esta creencia mediante investigaciones, por lo que actualmente resulta fundamental conocer si la ayuda que reciben las personas en cierta etapa de la vida, será constante en la vejez ,en casos de enfermedad, o en dificultades económicas (Huenchuan, Guzmán y Montes, 2003).

Existen diferentes tipos de apoyo social tal y como se muestra en la Figura 4, Mendoza y Maldonado (2009), distinguen cuatro tipos de apoyo social, incluyendo el material, el instrumental, el emocional y el cognitivo.

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, y las redes de amigos y vecinos que son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas (Huenchuan, Guzmán y Montes, 2003).

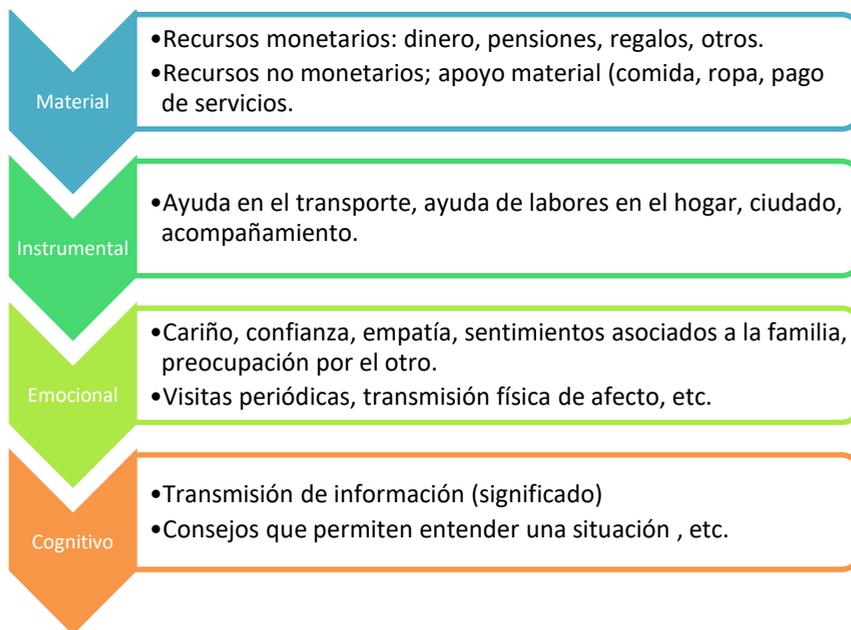


Figura 4. Tipos de Apoyo Social (Mendoza y Martínez, 2009).

En general las investigaciones sugieren que los adultos mayores perciben las relaciones sociales y familiares como factores fundamentales para envejecer exitosamente (Bowling, y Dieppe 2005), así como la comunión de las relaciones personales con las actividades productivas existiendo una relación positiva entre estas y la calidad de vida y bienestar (Fone, Lundgren, Stogar y Levander, 2003).

Las personas que viven en residencias para adultos mayores (y que anteriormente vivían aislamiento) experimentan un aumento de su calidad de vida, mediante las actividades productivas como el hecho de sentirse capaz de ayudar a las otras personas (Guse y Masesar, 1999), comprobándose que las redes sociales y la participación en actividades acrecientan la alegría, y mejoran la satisfacción con la vida y el disfrute (Strawbride, Wallhagen y Cohen, 2002).

El apoyo social también ha sido relacionado positivamente con la salud física; las personas que indicaron tener alto nivel de compromiso social eran menos propensos a necesitar de servicios médicos (Bath y Deeg, 2005), la participación social a la vez se relaciona negativamente con mortalidad, soledad y depresión (Bennett, 2005).

### **2.3.6. Factores psicológicos: La personalidad y la esperanza**

Entendemos a la personalidad como los “aspectos únicos (internos, como externos), relativamente duraderos, de carácter de un individuo que influyen en la conducta, en diversas situaciones” (Schultz y Schultz, pp.9, 2010).

Algunos teóricos de la personalidad enfocan la misma, como especificidad humana que se configura en la edad temprana y se mantiene estable hasta la vejez, otros sostienen que en el transcurso de la vida aparecen cambios en su desarrollo (Gutmann, 1974; Jung, 1933; Vaillant, 1977). Desde hace varias décadas se vienen realizando estudios longitudinales para determinar si la personalidad es estable a lo largo del tiempo, y las investigaciones psicométricas revelan estabilidad sustancial en los rasgos de personalidad hasta los 30 años (Tortosa, 2002).

Para corroborar la discusión de la estabilidad de los rasgos existen estudios que afirman que la autoestima mejora con la edad a medida que la persona tiene más libertad para adaptar su rol dado que en este periodo se tienen menores exigencias sociales. Otros estudios afirman que las personas mayores elaboran actitudes de defensa frente a las agresiones del medio, un ejemplo de esto es la valoración favorable que se da así mismo frente a personas de su misma edad (Tortosa, 2002).

Estudios longitudinales del medio rural de Britton y Britton (1972) llegaron a la conclusión de que las personas aumentan su ajusten personal a medida que envejecen, otros estudios apuntan a que las personas mayores se vuelven más precavidas y menos impulsivas con los años (Botwinick, 1978),

sin embargo, algunos trabajos apoyan la estabilidad de los rasgos de la personalidad (Botwinick, 1978; Ward, 1979), en conclusión podemos afirmar que a pesar de la estabilidad general de los rasgos básicos de carácter, todavía es posible el cambio a través del tiempo, los cambios profundos ocurren a lo largo de la adultez en general, algunos teóricos han enfocado su atención a estos cambios llamándolos discontinuidades del desarrollo (Feldman, 2007).

Otra de las teorías que abordan la personalidad del adulto mayor es la de las “Tareas del desarrollo de Peck”. El psicólogo del desarrollo Robert Peck sugiere que el desarrollo de la personalidad en el adulto mayor ocurre en tres fases, tareas o desafíos importantes (1968):

- Redefinición del yo frente a preocupación por el rol laboral: influyendo en el aspecto de como las personas se ven a sí mismas cuando deben jubilarse, ajuste importante de valores en donde deben resaltar sus atributos que no tienen que ver con lo profesional, como el rol dentro de la familia o habilidades o hobbies.
- Trascendencia del cuerpo frente a preocupación del cuerpo: luego de los cambios físicos expuestos en la sección de salud, es importante la forma en la que el sujeto afronta estos cambios y puede superarlos, el preocuparse demasiado por el detrimento de su físico puede afectar el desarrollo de su personalidad.
- Trascendencia del yo frente a preocupación por el yo: en esta etapa se debe entender que la muerte es inevitable y que probablemente no esté muy lejana, las personas que sienten que de alguna manera han contribuido a este mundo, por ejemplo a través de la crianza de sus hijos o con actividades cívicas experimentarán la trascendencia.

Daniel Levinson (Beauchamp y Levinson, 1992), al contrario de Erikson o Peck, estudia el proceso que da lugar al cambio de personalidad mientras envejecemos, llamando a esta edad “el invierno de la vida o la última estación”. Y de acuerdo a este autor el encontrarse en esta etapa no es bien recibido por la sociedad, el individuo llega a darse cuenta de que ya no está en la parte central de su vida, ha perdido poder, respeto y autoridad lo cual puede

resultar difícil para quienes están acostumbrados a tener el control sobre su vida. Por otro lado puede ser considerado “un venerable anciano” el cuál apoya y ayuda a los más jóvenes, lo cual trae consigo placer por realizar cosas libremente sin obligación ni presiones, solo por hacerlas (Feldman, 2007).

Neugarten (1972; 1977) se convirtió en un clásico de las investigaciones en la personalidad del adulto mayor, ya que encontró cuatro diferentes tipos de personalidad en su investigación con personas mayores de 70 años:

- Personalidad desintegrada y desorganizada: son los individuos incapaces de aceptar el envejecimiento, por lo cual sienten desesperanza.
- Personalidad pasivo- dependiente: se vuelven temerosos con la edad, tienen miedo a enfermarse, al futuro, a su propia capacidad de afrontamiento. Buscan ayuda de la familia y cuidados incluso cuando no los necesitan.
- Personalidad defensiva: Tratan de impedir que se note el envejecimiento, comportándose como personas jóvenes, en ocasiones estableciendo expectativas irreales para sí mismos y corren el riesgo de decepcionarse.
- Personalidades integradas: Neugarten encontró que la mayoría de sujetos que estudió encajaban en esta categoría (Feldman, 2007) son exitosos en el sentido de que afrontan el envejecimiento con comodidad, aceptan el proceso con dignidad y miran su futuro con aceptación (1977).

Finalmente otra de las teorías propuestas para explicar el desarrollo de la personalidad en la tercera edad es la “revisión de la vida y recuerdos” propuesta Robert Butler y Lewis (1981) quienes explican que este proceso de revisión es desencadenado por un sentimiento de cercanía con la muerte, y conforme el individuo avanza en edad, mira su vida en retrospectiva, recordando y reconsiderando lo sucedido (Andrews, 1997), al contrario de ser

dañina, esta práctica se da para llegar a una mejor comprensión del pasado, lo que les provee de mejor capacidad para resolver conflictos y problemas, de esta manera van cerrando ciclos y mientras lo hacen podrán afrontar su vida actual con mayor serenidad (Arkoff, Meredith y Dubanoski, 2004). Estos recuerdos traen también beneficios a nivel cognitivo, ya que mejora la memoria a largo plazo, sin embargo pueden haber personas que no logran superar ofensas o conflictos que tuvieron en el pasado y se obsesionan con recordar estos hechos lo cual puede deteriorar su salud psicológica (DeGenova, 1993).

Es posible afirmar que factores como la personalidad, familia, actitud, creencias, valores, etc. tienen una incidencia en el envejecimiento, y que este puede ralentizarse o mejorar dependiendo de las conductas personales, dejando de lado la concepción de que el envejecimiento es solamente un factor físico, sino que depende de otros muchos factores (Dannefer, 2011).

La personalidad también ha sido señalada como un factor importante cuando hablamos de envejecimiento exitoso y salud física (Aldwin, Spiro, Levenson y Cupertino, 2001) de esta forma el mal manejo de las emociones negativas puede poner en riesgo la salud, por el desarrollo de enfermedades crónicas, cardiovasculares o malos pronósticos ante enfermedades como la diabetes (Lahey, 2009).

Fernández-Ballesteros y colaboradores (2004) destacan a la personalidad como un predictor sustancial dentro del envejecimiento exitoso, entre los criterios más significativos se encuentra el neuroticismo, persona llena de ansiedad, depresiva, tensa, irracional y malhumorada (Schultz y Schultz, 2010) (con peso negativo) y la valoración positiva del ajuste físico, siendo esta última un factor importante dentro de las competencias cognitiva y física.

Una investigación longitudinal realizada en Suecia, con más de 4.000 individuos reveló que quienes puntuaron alto en el componente de la personalidad neuroticismo en la edad madura, 25 años después presentaban

deterioro cognitivo (Crowe, et al. 2006). También el estudio de Fernández y colaboradores (2010) resalta como factores relevantes del envejecimiento exitoso el balance emocional positivo, la extraversión en la personalidad, y también la autoeficacia.

Otro rasgo estudiado en la personalidad es la escrupulosidad, ser cuidadoso, confiable, trabajador y organizado (Mc Rae et al. 1998), factor descrito en el modelo de los 5 grandes propuestos por Paúl Costa y Mc Rae (Schultz y Schultz, 2010), así un estudio longitudinal en el cuál se evaluó a sujetos durante 70 años, los que presentaban altos puntajes de escrupulosidad gozaban de mejor salud física y vivieron más que los que demostraron puntuaciones bajas (Booth y Vickers, 1994; Friedman y otros, 1995; Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas y Hervig, 1994).

El concepto de envejecimiento saludable dentro del campo de la gerontología ha acogido implicaciones desde la psicología positiva, dando importancia a la espiritualidad y religiosidad, estrategias de afrontamiento, autocuidado, sociabilidad, esperanza y autopercepción.

Dentro del concepto de esperanza se enmarcan dos términos anexos para poder comprender con claridad este pensamiento, y es que casi hace treinta años este concepto fue planteado como un dispositivo cognitivo, basado en dos nociones que son “agencia” que es la motivación hacia una meta, y “medios” que son los recursos y estrategias mediante los cuales el sujeto alcanza sus metas, estos actúan recíprocamente, están presentes en los pensamientos de las personas mientras buscan alcanzar sus objetivos (Snyder, 2002; Snyder et al. 1991). Entonces comprenderemos a la esperanza como procesos disposicionales de pensamiento dirigidos hacia objetivos. Basándose en este planteamiento de la esperanza, este constructo ha ido ganando interés en el campo de la investigación (Snyder et al. 1996).

En un estudio iraní con 504 adultos mayores evaluó la relación entre esperanza, satisfacción y estatus socioeconómico, demostrando que la esperanza es el factor más importante en la percepción del envejecimiento

(Yaghoobzadeh et al., 2018). Bergin y Walsh (2005) también afirman que entre los factores que pueden afectar al envejecimiento exitoso está la esperanza. La teoría del desarrollo de Erick Erikson sugiere que esa esperanza se desarrolla desde la infancia y que es provista por los cuidadores en edades tempranas (Erikson, Erickson y Kivnick, 1994). Bergin y Walsh (2005) aseveran que la esperanza está definida por conceptualizaciones dicotómicas que incluyen: la esperanza de adaptación, entendida como una habilidad de afrontamiento y la esperanza inadaptada, que se refiere a enfrentar los hechos de forma no productiva.

La esperanza al parecer puede influir de una manera positiva en la perspectiva del adulto mayor, impulsándole a pesar de algunos tipos de deterioro a seguir participando activamente en sus círculos sociales (Yaghoobzadehet al.2018).

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) así como en la integridad psicológica (Banks, Breeze, Lessof, y Nazroo, 2016).

### **2.3.7. Hábitos y conductas: El autocuidado**

El autocuidado tradicionalmente ha sido relacionado con las actividades que promueven la salud, previenen o limitan la enfermedad o restauran la salud luego de esta (Campos, Oliver, Tomás, Galiana y Gutiérrez, 2018), pero es más aún y constituye un conjunto de actividades al alcance de cualquier persona, como el alimentarse de forma saludable, hacer ejercicio físico, cuidar los hábitos de salud, relajarse y manejar los tiempos de ocio (Stearns, et al. 2000)

El autocuidado refuerza la participación activa del adulto mayor en el mantenimiento y cuidado de su salud, involucrándolo de manera directa y responsable en las decisiones que condicionan su situación actual, valiéndose de factores como la motivación y el cambio en su estilo de vida en donde la

educación es la principal herramienta de trabajo (Parra, Salas, y Escobar, 2012).

Para ser capaz de aplicar el autocuidado, se necesita que el individuo adquiera e interiorice un repertorio de habilidades que incluye el hecho de ser capaz de reconocer cuando necesitan ayuda y cuáles son las acciones específicas que deben realizar cuando se presenta una situación que pudiese comprometer su salud.

El autocuidado ha sido estudiado desde la enfermería, la medicina, la sociología y la psicología, sin embargo, en la enfermería ha sido probada y aplicada desde el modelo del Orem (1993). Dentro del modelo de Orem de autocuidado (1993) el adulto mayor que ejerce un programa de es llamado agencia de autocuidado y es capaz de:

- Atender cosas específicas y comprender el significado de las mismas
- Percibir, cambiar o regular las cosas observadas.
- Adquirir el conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados.
- Decidir qué hacer.
- Habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

El objetivo del autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o retrasar la dependencia e invalidez, disminuyendo significativamente los internamientos u hospitalizaciones y en general menor utilización de recursos sociales y económicos (Kreidler y cols. 1994).

Podemos mencionar dentro de las prácticas de autocuidado, que representan factores protectores del declive funcional, la práctica de buenos hábitos alimentarios, la actividad física, la optimización del tiempo libre, los controles periódicos de la salud y sobre todo el mantenimiento de relaciones interpersonales que mejoran la autoestima y la autopercepción de la salud (Ministerio de Salud Chile, 2003).

La OMS (2002) considera además que es importante dentro de las orientaciones de autocuidado el respeto y cumplimiento terapéutico a cabalidad, cuando de medicación se trata ya que de esta manera se evitarían las deficiencias en la efectividad de tratamientos farmacológicos con consecuencias directas sobre la salud.

El mantenimiento de la calidad del sueño y el descanso son también motivos de preocupación para los programas de autocuidado, considerando las características del adulto mayor, que tienen un sueño más superficial, que se despiertan con mayor frecuencia lo que los hace descansar menos horas, para lo cual se educa en práctica de técnicas de relajación (Silva, 2001)

Entre las perspectivas teóricas se considera que el autocuidado implica cuidados que uno se puede proporcionar cuando ha alcanzado un estado de madurez que le garantizan acciones consistentes, controladas, efectivas y decididas (Orem, 1991) pero no todas las conductas de autocuidado serían adecuadas, ya que algunas corresponden también a comportamientos sociales aprendidos (Dean, 1989) es por esto que cuando hablamos de autocuidado debemos contextualizarlo con las influencias socioculturales (Campos, Oliver, Tomás, Galiana y Gutiérrez, 2018).

Podemos acotar que el efecto de la intervención educativa logra mejorar la agencia de autocuidado en el adulto mayor, y con ello el mantenimiento de la salud la prevención de recaídas y la disminución de hospitalización sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, siendo demostrado en diferentes estudios (Fernández-Ballesteros et al. 2010; Guevara, 2003; Jaarsma et al. 2000).

Las acciones de la salud se han enfocado principalmente en optimizar el manejo y tratamiento en la adherencia a los procedimientos médicos (Villagra, 2004), pero se ha dado menor atención a la mejoría del estilo de vida de los adultos mayores (Kalache, Aboderin y Hoskinns, 2002), iniciativas que son fundamentales para mejorar la calidad de su existencia y contribuir al

objetivo de reducir las enfermedades crónicas y los costos hospitalarios (Caparra et al. 2013).

En la revisión de un estudio sistemático realizado por Menichetti, et al. (2016), en donde se estudiaron intervenciones para promover el envejecimiento activo en adultos mayores sanos desde diversos ejes, como actividad física, participación social, o intervenciones del funcionamiento cognitivo, se concluyó que los programas con mejores resultados fueron aquellos que enfocaban sus esfuerzos hacia el estilo de vida, la salud física y espiritual, satisfacción con la vida, motivación, bienestar, autoconciencia o *awareness*, valoración del estado físico y actividad, funciones cognitivas, funcionamiento y satisfacción de pareja, participación social y comunitaria (Menichetti et al. 2016).

La reflexión de este estudio apunta a que si bien el envejecimiento activo está compuesto por diferentes dominios de la salud, solo unas pocas intervenciones lo fomentan realmente, y que las intervenciones realizan esfuerzos parciales, obviando por ejemplo el trabajo con cuidadores o la necesidad de reducir los factores de riesgo como: el fumar o el consumir alcohol; es decir promover el estilo de vida basado en conductas activas y sanas, y si bien existen estudios que acercan a las personas a conductas específicas de este estilo de vida (Wiederhold, Riva y Graffigna, 2013)

Ningún estudio se ha centrado en un proceso holístico, que de importancia a las opiniones de los participantes, que realice análisis de factores individuales, relacionales y organizacionales que sustenten la adherencia y la aceptación de los diferentes programas ofertados, como por ejemplo el estilo de vida cuando se tiene enfermedades crónicas, por lo que se sugiere un abordaje con características multidisciplinarias y metadisciplinarias como parte del envejecimiento activo, prestando atención a las necesidades de los adultos mayores para involucrarlos activamente en conductas saludables que visibilicen resultados a largo plazo y bajo costo (Wiederhold, Riva y Graffigna, 2013).

Otros factores que promueven las actividades de autocuidado, según algunos estudios son el apoyo social (Norburn et al. 1995), el contexto social (Berman e Iris, 1998), el autoconcepto y la salud funcional (Smits y Kee).

Algunos factores internos también pueden causar impacto en la conducta ligada al autocuidado, como las estrategias de afrontamiento (Burke y Flaherty, 1993) y la resistencia (Nicholas, 1993).

Según Dean (1989) las conductas de autocuidado y su relación con los factores culturales, sociales, y psicosociales son más significativos que el estilo de vida, de esta forma las prácticas de autocuidado forman parte de valores y creencias aprendidas en culturas específicas y por las oportunidades o limitaciones definidas por aspectos socioeconómicos.

El estudio de Backman y Hentinen, (1999) concluye que las actividades de cuidado personal no son simplemente formas racionales de mantener la salud, sino que están asociadas a la actitud general de cada persona hacia la asistencia sanitaria, las enfermedades y la vida en conjunto, así se considera que el autocuidado no es una parte separada de las vidas de las personas, sino que está ligado a toda la historia personal del individuo (Berman e Iris, 1998).

Backman (1997) relacionó el autocuidado responsable con las experiencias positivas del pasado, la situación de la vida actual y el futuro, los adultos mayores que participaron en su estudio siempre habían podido tomar sus propias decisiones y estas fueron basadas en el respeto a sí mismos; también los autores concluyen que el autocuidado responsable está ligado a una experiencia positiva acerca del envejecimiento, con capacidad de integración y sentido de la realidad.

Según McWilliam y colaboradores (1996) las personas con enfermedades crónicas responsables en el mantenimiento de su salud, practican el autocuidado al aceptar su condición y disfrutar de la vida a pesar de las limitaciones causadas por su enfermedad.

Berman e Iris (1998), encontraron que estas personas estructuran su estilo de vida en base a comportamientos autodiseñados para promover la salud, como remedios caseros, rutinas de ejercicios, dietas, control médico oportuno, y autogestión de sus medicamentos, llegando a la conclusión de que el significado de autocuidado responsable era un deseo de seguir viviendo como un agente activo de la sociedad, vivir como en años previos, tener muchas actividades sociales e interesarse por las cosas.

Porter en 1994, estudió experiencias de personas adultas mayores viudas e identificó que su manera de mantenerse bien era idéntica a las conductas de autocuidado responsable, estas personas cuidaban de sí mismas, de su propiedad, de su negocio e intentaban mantenerse activos, comer adecuadamente y mantenerse socialmente activos, lo cual es consistente con otros estudios que relacionan las actividades sociales con la satisfacción con la vida en la tercera edad (Gray et al. 1992; Krause, 1987; 1991; 1995), las personas satisfechas establecen buenas relaciones interpersonales, piden ayuda cuando lo necesitan y esperan reacciones positivas de los demás.

Contrariamente las personas descuidadas de su salud, poseían rasgos de amargura, con historias difíciles de vida, o con una vejez miserable por enfermedades o por la muerte de un ser querido (Foster y Gallagher, 1986), encontraron que una vida estresante, eventos estresantes y depresión en la vejez están relacionados con la baja satisfacción en la vida (Geis y Klein, 1990), y que el abandono ante el autocuidado implica una actitud negativa hacia el envejecimiento, estas personas estaban solas y decepcionados con sus vidas.

En un estudio de Reichard y colaboradores (1962), “los hombres enojados” y los que se “odian a sí mismos” estaban amargados, decepcionados con sus vidas y mal adaptados a la vejez, la falta de autocuidado se caracterizó por la impotencia y una falta de responsabilidad, estas personas no tenían fuerza para cuidar de sí mismos y dependían de otras personas. McWilliam y colaboradores (1996) vieron en su estudio una actitud diferente ante el deterioro de la salud, y era “resignarse a lo que es y será” renunciando al

autocuidado, Berman e Iris (1998), también encontraron que las personas mayores que se sentían incapaces y no hacían nada por su salud, esperaban que otras personas se ocuparan de ellos, este auto abandono podía ser un signo de depresión o demencia.

### **2.3.7. La espiritualidad**

La espiritualidad ha sido de interés científico desde hace más de una década, especialmente en el campo de la salud mental (Spilka, 2003); si bien algunos autores no distinguen entre la religión y la espiritualidad, para otros son constructos totalmente diferentes, en tanto que para algunos están relacionados (Petersen, 2008).

Podemos precisar que la religiosidad es de naturaleza social, y se vive como un cuerpo de conocimientos, ritos, normas, y valores en la vida de las personas, con lo cual se proclama un interés por acercarse a lo divino, enseñando a través del adoctrinamiento y la congregación con los otros como acercarse a un Dios, en tanto que la espiritualidad es de carácter individual, específica y personal, caracterizada por un sentimiento de integración de la vida con el mundo, experimentada como la experiencia de lo divino a través de cualquier ruta o cualquier experiencia vital (Kliwer y Staultz, 2006; Rivera y Montero, 2007).

La espiritualidad, por su parte, al ser un acto personal, tiende a evitar los rituales o las congregaciones, sin embargo, se plantea que la mayor parte de religiones convergen con la espiritualidad, por lo tanto una persona religiosa es a menudo espiritual, sin embargo el ser espiritual no implica el ser religioso (Green, Benschhoff y Harris, 2001).

Peterson y Seligman (2004) afirman que tanto la religión como la espiritualidad son parte integrante de la personalidad, y aunque sus conceptualizaciones son diferentes, cuando hablamos de funcionalidad en el ser humano es idéntico, por lo cual debe integrarse a los estudios de las personas, ya que se ha comprobado que la espiritualidad tienen implicaciones

positivas para la salud mental, considerándola además como una variable correspondiente a la diversidad cultural (Pargament y Mahoney, 2002).

Tornstam (2005) plantea la teoría de la gerotranscendencia, que sugiere como aspecto central del envejecimiento la espiritualidad, ya que proporciona una nueva comprensión al adulto mayor acerca de temas existenciales trascendentes como lo son la comunión cósmica con el espíritu del universo, la redefinición del tiempo y el espacio, la vida y la muerte y la relación de uno mismo con los otros.

La perspectiva general de la gerotranscendencia (Tornstam, 1994) está basada en una transición del pensamiento racional hacia la comprensión del cosmos, y de nuestra existencia como parte de él; El autor plantea tres niveles de trascendencia, el primero en el que nos comprendemos como parte del universo, en segundo en donde se da una redefinición de uno mismo, la importancia de lo material disminuye, el tercer nivel implica el declive del interés social en relaciones superfluas y la dedicación a tiempo para meditar.

Aunque diversos hallazgos y propuestas muestran resultados contradictorios (San Martín, 2007), muchos autores han encontrado beneficios de la espiritualidad en la salud, alivio del estrés, hospitalización, salud mental, bienestar, enfrentamiento a la muerte, etc. (Delgado, 2005; Koenig, 2001; Levin, 2001; Navas, Villegas, Hurtado, y Zapata, 2006; Rivera y Montero, 2005). Erikson al parecer es uno de los primeros autores que se interesan en la etapa del envejecimiento, incorporando la dimensión espiritual como enfoque para la última parte de la vida, en donde la crisis de integridad frente a desesperación estaría presente, la persona que supera la crisis exitosamente, habrá alcanzado un orden en el mundo, y un sentido espiritual que es la aceptación del propio ciclo de vida como parte proceso de existir (Erikson, 2000).

Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) proponen un modelo predictor de bienestar en el envejecimiento, y los resultados indican que la buena salud física, la dimensión social (como cantidad de apoyo social),

y la espiritualidad son primordiales para envejecer exitosamente (Revicki y Mitchell, 1990). Bell y Chandler (2002) análogamente confirman que las personas que mayor importancia le dan a la fe, mayor salud mental positiva presentan, resaltando las prácticas de la espiritualidad para mantener buena salud mental en la tercera edad.

## **2.4. Bienestar y satisfacción con la vida en el adulto mayor**

### **2.4.1 Bienestar**

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.

Jahoda (1958) propuso seis criterios para describir el bienestar como un estado positivo de salud mental: actitudes hacia uno mismo, grado de crecimiento, desarrollo y autorrealización, integración de la personalidad, autonomía, percepción adecuada de la realidad y dominio del ambiente.

Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo para perfeccionar el potencial, relacionándose este con el significado que la vida tuviera para uno mismo, relacionándose ésta con los esfuerzos de superación y el alcanzar metas, resaltando la responsabilidad del individuo en encontrar el significado de su vida frente a cualquier adversidad (Ortiz y Castro, 2009).

Ryff (1995) propone seis dimensiones desde la teoría del funcionamiento psicológico positivo (autoaceptación, relaciones personales positivas, autonomía, dominio ambiental, propósito en la vida, y crecimiento personal) (Keyes, Smotkin, y Riff, 2002).

Desde el punto de vista político la Unión Europea sugiere que la salud mental es una fuente individual que compromete dos factores: salud mental positiva, refiriéndose a bienestar psicológico y salud mental negativa, o enfermedad mental, en este sentido la salud mental positiva o bienestar psicológico incluye sentido positivo del bienestar recursos individuales, la habilidad para desarrollar y mantener satisfacción personal en las relaciones interpersonales (Lehtinen, 2008), y la habilidad para afrontar la adversidad (Jenkins et al. 2008).

Desde esta perspectiva el bienestar psicológico es visto como la capacidad individual para contribuir a la familia, sus redes sociales, la comunidad, y la sociedad en general (Jenkins et al. 2008). Keyes, Myers y Kendler, (2010) se refieren a la salud mental positiva como “*flourishing*” [FloreCIMIENTO], que significa el sentirse conforme por funcionar bien en la vida.

En este sentido, otro de los conceptos asociados (que pueden generar confusión) cuando se habla del bienestar, es la calidad de vida, y aunque las dos se relacionan, se describen como diferentes o conceptos opuestos, sin embargo una encuesta nacional encontró una muy cercana asociación entre la calidad de vida, las relaciones emocionales, el soporte emocional y el bienestar (Bowling y Gabriel, 2007) concluyendo que la calidad de vida se basa fuentes psicológicas similares a las del bienestar psicológico, sin embargo como estos factores interactúan no está claro por el momento (Bowling y Gabriel, 2007; Bowling y Liffé, 2011).

En el proyecto de previsión del capital mental y el bienestar, Kirwood, Bond, May, McKeith y Teh (2008) definieron al bienestar como un estado dinámico que se refiere a la habilidad individual para desarrollar el potencial,

trabajar productiva y creativamente, construir relaciones positivas con los otros y contribuir a la comunidad, uniendo definiciones previas de salud mental positiva, salud mental y bienestar.

Recientemente algunos documentos de políticas públicas han utilizado los términos de salud mental, salud y bienestar denotando de estos una dinámica positiva entre el cuerpo y la mente, el sentirse seguro y ser capaz de lidiar con el estrés normal de la vida estando conectado con las personas, las comunidades y el ambiente (Department of Health, 2009; OMS 2011).

Por otra parte el Instituto Nacional por la Salud y la Excelencia Clínica [National Institute for Health and Clinical Excellence], (NICE, 2008) para poder promover el bienestar psicológico en las personas de la tercera edad adoptó la definición de bienestar psicológico de la NHS (Health Scotland, 2010), que incluye satisfacción con la vida, optimismo, autoestima, dominio y sentimiento de control, tener un propósito en la vida, y sentido de pertenencia y soporte, en la encuesta anual de población, en donde recolectaron información acerca de los dos bienestar, subjetivo y objetivo, entregándoles esta experiencia una visión más certera del bienestar en sus estadísticas (Office for National Statistics, 2012).

Keyes propone el concepto de salud mental positiva, el cual abarca el bienestar emocional, contando con las emociones tanto positivas como negativas, y el bienestar psicológico, en donde se incluye la autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio del entorno, autonomía personal y relaciones positivas con los demás, y el bienestar social que incluye la aceptación social percibida por el sujeto, la actualización social es decir la confianza que el sujeto deposita en la sociedad, su potencial de crecimiento, desarrollo y su capacidad para dar bienestar, la contribución social, cohesión social, e integración social (Keyes, 2005),

Una investigación realizada en Ecuador acerca del bienestar destaca que las personas en la adultez tardía registran valores promedio más altos de bienestar en general, evidenciando que los adultos mayores acumulan

sabiduría y se enfocan a eventos placenteros, amistades y experiencias a pesar de tener que lidiar en ocasiones con enfermedad o pérdidas, así como la reducción de ingresos (Peña et al. 2017). Un estudio en Chile (Vivaldi y Barra, 2012) mostró que el bienestar psicológico en adultos mayores se relaciona con el apoyo social percibido en mayor proporción que con la percepción de la salud, así como las personas casadas o con pareja estable que informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas que no tenían pareja.

De todas las perspectivas teóricas anteriormente señaladas, es importante considerar cuando se habla de bienestar, que las estrategias políticas de las naciones se modifican para mantener el bienestar del creciente número de adultos mayores (Comisión Europea, 2011). Con ello la Organización Mundial de la Salud (2004) cuando habla de promoción e investigación de la salud mental, saca a la luz el tema del capital social, concepto analizado anteriormente, que de acuerdo a una revisión sistemática (Fredrica, Forsman, Giuntoli y Cattani, 2013) sugiere que podría reducir el riesgo de enfermedades mentales y en general de afectaciones a la salud (Almedom, 2005), concibiéndose al capital social como un constructo multidimensional que abarca diferentes recursos, como la cohesión social, las redes sociales, la calidad del apoyo social, la participación comunitaria, e incluso la calidad del vecindario. Se puede definir al capital social como la dirección de los vínculos sociales, lazos de unión (Putnam, 2000; Woolcock, 2001), se refiere a los lazos intra grupales entre miembros que comparten características sociodemográficas, como: edad, género, etnia, o estatus socioeconómico, la construcción de lazos entre grupos heterogéneos (Fredrica et al. 2013).

Sin embargo, el concepto de capital social ha sido adoptado de las contribuciones de sociólogos, como Bourdieu (1986) y Coleman (1988) dentro del campo de la salud pública, que enfatizaron que recursos como el apoyo social, encajan dentro del concepto de capital social mientras que

Coleman (1988) utilizó el término de capital social más bien para explicar y comprender logros y metas de vida.

En cuanto a la relación de capital social y bienestar social, De Silva y colaboradores (2005) por ejemplo, concluyeron que la asociación entre el capital social y lo cognitivo resultaba significativa, Bowling y colaboradores (2002) encontraron resultados relevantes en la asociación de actividades sociales con calidad de vida, cuando el capital social ha sido analizado tanto individual como colectivamente los resultados aparentan ser influyentes con respecto al bienestar mental (Sum et al. 2008).

Podemos concluir que los conceptos que se refieren al bienestar psicológico muestran cierta superposición, ya que dependiendo del autor cada una de las definiciones incluye dimensiones adicionales y específicas, esta falta de similitud se visibiliza aún más en la variedad de medidas que existen para evaluar el bienestar de las personas (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, y Keyes, 2011; Stewart et al. 2009). Sin embargo el bienestar psicológico es un constructo tan importante que es comparado al de la salud desde la medicina (Tomás, Galiana, Gutiérrez, y Sancho, 2016).

Es así que la dimensión positiva de la salud (OMS, 2016) es un estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades y hablamos de bienestar es importante considerar un modelo multidimensional como los antes mencionados, que además de las dimensiones hedónica y eudaimónica incluya la dimensión social (Blanco y Díaz, 2005).

Para alcanzar una comprensión profunda del bienestar, es necesario analizar las tradiciones del estudio del bienestar, que según Ryan y Deci (2001), son:

- A. Tradición Eudaimónica: que tiene su origen en el concepto de eudaimonia planteado por Aristóteles, que se traduce con frecuencia como “felicidad” , pero no se trata de cualquier felicidad, se trata de

la “plenitud” una felicidad auténtica, como lo menciona Trujillo (pág. 106, 2015) “que es el éxito o valor supremo en la vida”, el bienestar subjetivo.

- B. Tradición Hedónica: se refiere al bienestar psicológico, que incita a las personas a vivir de acuerdo a su “verdadero yo”, estando dirigido el bienestar psicológico hacia la autorrealización y la plenitud en términos de un funcionamiento positivo (De León, García, Rivera, 2019) y la resolución adecuada de los desafíos vitales (Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989).

Modelos predictivos realizados para explicar el paradigma del envejecimiento exitoso están basados en el bienestar, tanto desde el punto de vista hedónico y eudaimónico fundamentados en un componente de espiritualidad, un estudio realizado con 737 personas adultas mayores, concluye algunos aspectos que resultan esclarecedores de toda esta revisión teórica, y es que independientemente de la conceptualización del bienestar utilizada, el envejecimiento exitoso se encuentra conectado de manera positiva al bienestar. Otro hallazgo importante es que la buena condición física, la satisfacción con la vida, la actividad y los contactos sociales resultaron los predictores más importantes del bienestar, así como un efecto general de predicción de la espiritualidad (Tomás, Galiana, Gutiérrez, y Sancho, 2016).

En relación al bienestar psicológico diversos estudios concluyen en que algunas dimensiones reflejan efectos de la edad, (Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009; Meléndez, Tomás y Navarro, 2011), relacionando de manera negativa la edad y las dimensiones de dominio del ambiente, el crecimiento personal, relaciones positivas, auto aceptación y el propósito en la vida. Otras investigaciones (Triadó, Osuna, Resano, y Villar 2003; Mayordomo, Sales, Satorres, y Meléndez, 2016) señalan que algunas dimensiones permanecen estables a lo largo del ciclo vital, como la autoaceptación, las relaciones con los otros no presentan diferencias entre

grupos etarios similares, y las dimensiones de dominio del entorno y autonomía se muestran estables a partir de la madurez hasta la vejez.

### **2.4.2 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 a criterios subjetivos, (Shiny, 1978) siendo esta percepción una perspectiva a largo plazo (Atienza, Pons, Balaguer y García, 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 termino 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).

Este juicio general o la medida en la que sujeto evalúa su satisfacción con la vida está mediada por un sistema homeostático, que tiene el rol de crear un sentido positivo de bienestar, que no es específico y que tienen que ver exclusivamente con el bienestar percibido en un sentido muy general (Watanabe, 2005). Esta teoría del sistema homeostático fue propuesta por Cummins, Eckersley, Pallant y Davern (2002) y explica que en las personas que poseen un funcionamiento normal de dicho sistema sus niveles de bienestar subjetivo generalizado mostrarán una ínfima relación con las variaciones en situaciones crónicas de la vida por su alto nivel de abstracción, de todas maneras, la medición global de la satisfacción por la vida como indicador del bienestar subjetivo no puede brindar información acerca de los componentes de la vida que también contribuyen a este sentido de bienestar, por ello es importante también considerar la satisfacción de otros dominios de la vida.

Diener (2009) por su parte afirma que la satisfacción con la vida y el afecto positivo se estudian mediante el bienestar subjetivo. En ocasiones se

han utilizado términos como felicidad para tratar de definir el bienestar subjetivo, pero este resulta difuso y en esencia diferente para describirlo (Diener, 2009), ya que posee tres características distintivas que lo describen: en primer lugar es subjetivo, y según Campbell (1976) reside dentro de la experiencia individual, en segundo lugar incluye medidas positivas, no solo la ausencia de factores negativos, aunque la relación entre estos índices aún no se llegase a comprender del todo, tercera característica es que incluye una evaluación global de todos los aspectos de la vida de una persona (Diener, 2009).

La teoría de Diener, sin embargo, es controvertida al no dejar en claro la relación entre los afectos positivos o negativos, ya que el afecto no es independiente en momentos particulares a través del tiempo, si bien es cierto que un afecto tiende a suprimir a otro, este mecanismo no es claramente comprendido, pero debido a este mecanismo supresor los dos tipos de afectos no son independientes en cuanto a la frecuencia de su aparición, es decir que cuando una persona siente un afecto positivo o negativo, menos sentirá el otro afecto. Finalmente cuando uno mide los niveles promedio de afecto positivo y negativo, durante largos períodos de tiempo, estos muestran una baja correlación entre sí, ya que los niveles medios son el resultado de la frecuencia y la intensidad, por lo tanto su relación positiva en términos de intensidad entre las personas cancela su relación inversa de términos en frecuencia, en apoyo a esto Diener (2009) encontró que cuando la intensidad emocional se separó de la relación entre los niveles promedio de afecto positivo y negativo, la correlación se volvió fuertemente negativa.

Diener propone una medida de un solo elemento para evaluar la satisfacción con la vida, ya que este tipo de escala se correlaciona de forma esperable con variables externas como autoeficacia, matrimonio, factores sociales y económicos (Andrews y Witthey, 1976). Larsen, Emons y Diener (1983) también informaron sobre la validez de estas medidas, su convergencia promedio con otras medidas de bienestar fueron cercanas a  $r=.40$ , evaluaron la validez de constructo midiendo correlaciones con escalas afectivas positivas

y escalas negativas y todas las correlaciones realizadas con otras ocho escalas de bienestar fueron cercanas a  $r=.35$ , también elaboraron la validez en función a un criterio, el estado de ánimo informado de 6 a 10 semanas y los resultados fueron .34, finalmente concluyeron que las medidas, al parecer, no estuvieron muy contaminadas por la conveniencia social. A pesar de las evidencias de confiabilidad y validez moderadas, estas medidas sufren de varias fallas, ya que las puntuaciones tienden a estar sesgadas, y la mayoría de respuestas caen en categoría “felices” (Andrews y Withey).

Sin embargo desde el trabajo de Bradburn (1969) el afecto se conceptualiza como dos dimensiones independientes, ya que mediante análisis psicométricos estudiados mediante análisis factorial se obtuvo este resultado, y además menciona que estos se relacionaban de modo distinto con otras variables, lo que posteriormente fue observado en otros estudios (Diener, 2009), sin embargo aún existen debates teóricos, empíricos con respecto a los afectos positivos y negativos en una sola dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes (Padrós, Navarro y Soriano, 2012).

## **2.6. Envejecimiento y migración**

Cada vez es más común la migración de jubilados desde los países más desarrollados hacia los que se encuentran en vías de desarrollo, ya sea para buscar empleo conseguir un mejor nivel de vida con las pensiones que obtienen de su jubilación (Truly, 2002). Si bien no existe bibliografía abundante acerca de esta condición específica de migrantes en busca de mejores condiciones de vida en su jubilación, a continuación abordamos algunas de las motivaciones primordiales que destacan las investigaciones encontradas.

Tenemos el ejemplo de los migrantes Estadounidenses que se trasladan hacia el área de Chápala, el estado mexicano de Jalisco, en donde se realizó un estudio de una muestra aleatoria de 211 personas acerca de la decisión de mudarse a México, encontrándose cuatro áreas primordiales afectadas positivamente ante el hecho de haber migrado: 1. Las circunstancias

financieras; 2. El entorno natural, un sentido de comunidad; 3. Amistad; 4. Mejor calidad de vida (Sunil, Rojas, y Bradley, 2007).

En cuanto a las personas que han migrado hacia México, expresan sentirse cómodos y felices de su vida en este destino, refiriéndose en sus relatos narrativos, que las condiciones sociopolíticas y el ritmo de vida que llevaban en Estados Unidos eran de infelicidad, y que su vida en Chápala es segura y feliz, otro participante reportó que en su nueva residencia hay menos violencia y paranoia que en EEUU y más respeto y valores humanos genuinos (Sunil, Rojas, y Bradley, 2007).

O'Reilly en otra investigación (1995) menciona que la mayoría de adultos mayores británicos que migran hacia España, asocian los climas mediterráneos con mejor salud y mejor estado anímico incluso en los días más fríos. Sin embargo las oportunidades de ocio han sido resaltadas como factores importantes en la decisión de migrar, así como los bajos costos de vida.

Desde otra perspectiva, cabe resaltar que otros aspectos importantes ante los procesos migratorios, por ejemplo, está el hecho de que los sistemas de salud pública normalmente son deficientes, en donde gracias a esta nueva población de avanzada edad, a largo plazo las infraestructuras deberán ser adaptadas para no generar impacto negativo frente a la atención de los extranjeros y los residentes en las ciudades de destino del retiro, así como otros factores que deben ser considerados como el incremento de los costos por la facilidad adquisitiva de los extranjeros y encarecimiento de los precios (Aledo, 2005).

### **2.5.2 Migración en la Ciudad de Cuenca**

Las estadísticas de la base de datos ENEMDU del INEC, que pueden consultarse en la Tabla 1, reportan en el censo del 2018, 813 personas migrantes en la ciudad de Cuenca registradas en el sistema (INEC, 2018).

**Tabla 1.** Distribución de los migrantes de la ciudad de Cuenca en función del lugar de nacimiento

<b>Lugar de nacimiento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Argentina	100	12.3
China (República Popular de Pekín)	159	19.5
Colombia	158	19.4
Francia	164	20.2
Honduras	111	13.7
Estados Unidos	74	9.1
Venezuela	47	5.7
Total	813	100.0

Fuente: INEC, 2018.

De la población oficialmente registrada en condición de migrantes, y tal y como se observa en la Tabla 2, sólo 238 eran jubilados, pero la comunidad francesa lleva residiendo, según Carmen Moreno (2018), Cónsul de Francia, en la Ciudad de Cuenca, más de 15 años, la mayoría consiguiendo su condición de jubilado en el Ecuador.

En cuanto a la ola migratoria de personas de la tercera edad que viene a disfrutar de su jubilación en la Ciudad de Cuenca, según el informativo “El nuevo Herald” existen 2.850 personas en esta condición. Esta misma nota recoge un censo realizado por la Municipalidad de Cuenca de que hay más de 1.000 jubilados (Diario el Universo, 2017), a partir del cual se ha elaborado la Tabla 3, pero al querer encontrar datos registrados de manera oficial, ni el departamento Internacional de Migración o el Ministerio dan respuesta, por lo que la única información certera que se tiene es la del INEC.

En los datos proporcionados por el INEC (2018), que pueden ser visibilizados en la Tabla 4, tenemos que la tasa de ingresos de los jubilados oscila entre los 200 hasta los 3.000 dólares.

**Tabla 2.** Distribución de los migrantes de la ciudad de Cuenca en función del lugar de nacimiento, género y condición de inactividad (o actividad tradicionalmente no remunerada como tareas propias del hogar)

	Hombre	Mujer	Total
<b>Jubilados (pensión)</b>			
Francia	164	0	164
Estados Unidos	37	37	74
Total	201	37	238
<b>Ama de casa</b>			
Argentina	0	100	100
Honduras	0	111	111
Venezuela	0	47	47
Total	0	258	258
<b>Incapacitado</b>			
China (República Popular de Pekín)	159	0	159
Total	159	0	159
<b>Total</b>			
Argentina	0	100	100
China (República Popular de Pekín)	159	0	159
Francia	164	0	164
Honduras	0	111	111
Estados Unidos	37	37	74
Venezuela	0	47	47
Total	360	295	655

Fuente: INEC, 2018

**Tabla 3.** Distribución de los migrantes de la ciudad de Cuenca en función del lugar de nacimiento, género y años que vive en Cuenca

Años	Hombre	Mujer	N	Lugar de nacimiento
0	159	0	159	China (República Popular de Pekín)
0	0	47	47	Venezuela
4	37	37	74	Estados Unidos
6	0	111	111	Honduras
30	164	0	164	Francia
38	0	100	100	Argentina
45	48	110	158	Colombia

Fuente: INEC, 2018

**Tabla 4.** Distribución de los migrantes de la ciudad de Cuenca en función del lugar de nacimiento, género e ingreso por jubilación o pensiones

<b>Ingresos</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>N</b>	<b>Lugar de nacimiento</b>
800	164	0	164	Francia
2000	0	37	37	Estados Unidos
3000	37	0	37	Estados Unidos

Fuente: INEC, 2018

## **2.6. Envejecimiento y migración**

Cada vez es más común la migración de jubilados desde los países más desarrollados hacia los que se encuentran en vías de desarrollo, ya sea para buscar empleo conseguir un mejor nivel de vida con las pensiones que obtienen de su jubilación (Truly, 2002). Si bien no existe bibliografía abundante acerca de esta condición específica de migrantes en busca de mejores condiciones de vida en su jubilación, a continuación abordamos algunas de las motivaciones primordiales que destacan las investigaciones encontradas.

Tenemos el ejemplo de los migrantes Estadounidenses que se trasladan hacia el área de Chápala, el estado mexicano de Jalisco, en donde se realizó un estudio de una muestra aleatoria de 211 personas acerca de la decisión de mudarse a México, encontrándose cuatro áreas primordiales afectadas positivamente ante el hecho de haber migrado: 1. Las circunstancias financieras; 2. El entorno natural, un sentido de comunidad; 3. Amistad; 4. Mejor calidad de vida (Sunil, Rojas, y Bradley, 2007).

En cuanto a las personas que han migrado hacia México, expresan sentirse cómodos y felices de su vida en este destino, refiriéndose en sus relatos narrativos, que las condiciones sociopolíticas y el ritmo de vida que llevaban en Estados Unidos eran de infelicidad, y que su vida en Chápala es segura y feliz, otro participante reportó que en su nueva residencia hay menos violencia y paranoia que en EEUU y más respeto y valores humanos genuinos (Sunil, Rojas, y Bradley, 2007).

O'Reilly en otra investigación (1995) menciona que la mayoría de adultos mayores británicos que migran hacia España, asocian los climas mediterráneos con mejor salud y mejor estado anímico incluso en los días más fríos. Sin embargo las oportunidades de ocio han sido resaltadas como factores importantes en la decisión de migrar, así como los bajos costos de vida.

Desde otra perspectiva, cabe resaltar que otros aspectos importantes ante los procesos migratorios, por ejemplo, está el hecho de que los sistemas de salud pública normalmente son deficientes, en donde gracias a esta nueva población de avanzada edad, a largo plazo las infraestructuras deberán ser adaptadas para no generar impacto negativo frente a la atención de los extranjeros y los residentes en las ciudades de destino del retiro, así como otros factores que deben ser considerados como el incremento de los costos por la facilidad adquisitiva de los extranjeros y encarecimiento de los precios (Aledo, 2005).

### **3. Objetivos e hipótesis de la investigación**

#### **3.1. Objetivo principal y objetivos específicos**

El principal objetivo de esta investigación es evaluar los factores relacionados con el envejecimiento con éxito en una muestra representativa de inmigrantes extranjeros que residen en la Ciudad de Cuenca, Ecuador.

Este objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en este estudio
2. Examinar en qué variables sociodemográficas se observan diferencias significativas en relación a cada variable propuesta.
3. Describir las relaciones encontradas entre variables propuestas.
4. Utilizar técnicas de modelos de ecuaciones estructurales para predecir aspectos conectados con la calidad de vida de los migrantes adultos mayores en la ciudad de Cuenca como la satisfacción o el bienestar.

#### **3.2. Hipótesis de la investigación**

En base al contexto y a la literatura científica revisada, se plantean las siguientes hipótesis principales:

Hipótesis 1. La percepción de mayores características de “ciudad amigable” en el lugar de residencia se relacionarán con niveles altos de envejecimiento exitoso, esto es, los migrantes de la tercera edad residentes en la ciudad de Cuenca de Ecuador que perciban esta ciudad como ciudad amigable, tendrán mayores niveles de bienestar psicológico y satisfacción con la vida.

Hipótesis 2. Los indicadores tradicionales del envejecimiento con éxito a nivel internacional serán también predictores en la muestra de migrantes envejecientes de Cuenca. Específicamente:

Hipótesis 2A. La salud, el apoyo social, el autocuidado y la espiritualidad se relacionarán de forma positiva con el envejecimiento con éxito.

Hipótesis 2B. La soledad y la depresión se relacionarán de forma negativa con los indicadores de envejecimiento con éxito, esto es, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico.

Hipótesis 3. La esperanza mediará la predicción de las variables anteriores (Hipótesis 2) sobre la satisfacción y el bienestar psicológico, teniendo una relación positiva con ambos indicadores del envejecimiento con éxito.

## **4. Método**

### **4.1. Diseño y procedimiento**

La investigación tuvo un diseño transversal, con medida en un único momento temporal. La toma de datos se llevó a cabo en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2018. Los participantes se contactaron mediante el acercamiento a diferentes líderes de grupos como la fundación “Hearts of Gold”, la visita a restaurantes a donde más acude este tipo de población (Common Grounds, Secret Garden etc.), en estos lugares se entregaron volantes (Anexo 1) en donde se invitaba a las personas a participar de la investigación en línea o se realizaban aplicaciones de manera presencial, también se ejecutaron visitas domiciliarias a la zona residencial en donde se han formado colonias de migrantes extranjeros (Anexo 2), y se publicó la misma invitación en un conocido medio local del grupo de migrantes “Cuenca Distpach” Tras consentir de forma informada, los participantes accedieron a una encuesta tanto de forma online, como física (Anexo 3) dependiendo del medio por el que hayan conocido la investigación, la aplicación tuvo una duración aproximada de 20 minutos. La participación fue totalmente voluntaria y anónima, el único criterio de exclusión de la presente investigación fue que la persona manifestara algún tipo de discapacidad cognitiva. Aunque el criterio de exclusión prefijado era ese, no fue necesaria su aplicación porque no se produjo ninguna situación en la que fuera necesario

realizar un screening ya que de todas las personas que aceptaban participar en la investigación ninguna planteó sospecha (quejas subjetivas o trastornos evidentes de memoria en la entrevista previa a la aplicación) que requiriera por parte de los encuestadores entrenados pasar un test previo adicional, además desde el inicio contestaban las preguntas con facilidad. De encontrarse las características señaladas, se tenía previsto aplicar la escala Global Deterioration Scale de Reisberg (1982), que constituye una escala en donde en base a una entrevista corta, se identifican como orientación, alteraciones cognitivas. En segundo lugar, se verificaba que la encuesta haya sido completada en su totalidad para considerar como válida la participación.

Para las aplicaciones se contrataron 3 estudiantes de psicología, además de la participación del autor del presente trabajo, que fueran bilingües, los mismos que recibieron capacitación de 4 horas para conocer a fondo el proceso y las posibles dificultades que encontrarían al trabajar con este tipo de población.

## **4.2. Participantes**

La muestra estuvo compuesta por un total de 129 personas mayores, residentes en Cuenca (Ecuador). De ellos, 74 eran hombres (54.7%) y 55 (42,6%) mujeres. En cuanto a la edad, la media de edad fue de 69.83 años (DT = 6.49), siendo el mínimo de edad registrado 53 años y el máximo 90 años.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes estaban casados (45.7%), representando también un porcentaje elevado las personas separadas (32.6%). En la Tabla 5, puede consultarse la distribución de la muestra en función del estado civil.

Por lo que respecta al lugar de nacimiento, la mayoría de los encuestados habían nacido en Estados Unidos de América (n = 107), siendo 8 los que habían nacido en algún país de la Unión Europea (Holanda, Alemania, Reino Unido España y Francia), 6 en Canadá y 6 en otros países (Argentina,

Malasia, Australia, México, Rusia e India). En la Tabla 6 pueden consultarse las agrupaciones.

**Tabla 5.** Distribución de los participantes en función del estado civil

	N	%
Soltero/a	12	9.3
Casado/a	59	45.7
Separado/a o divorciado/a	42	32.6
Viudo/a	8	6.2
Perdidos	8	6.2
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 6.** Distribución de los participantes en función del lugar de nacimiento

	N	%
Estados Unidos de América	107	82.9
Europa	8	6.2
Canadá	6	4.7
Otros	6	4.7
Perdidos	2	1.6
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a la situación laboral, la mayoría eran jubilados (n = 113), siendo el resto empleados, empleadores, autónomos, sin empleo o con incapacidad para trabajar. En la Tabla 7 puede consultarse el detalle.

**Tabla 7.** Distribución de los participantes en función de la situación laboral

	N	%
Jubilados	113	87.6
Empleados	3	2.3
Empleadores	2	1.6
Autónomos	5	3.9
Sin empleo (buscando empleo)	2	1.6
Sin empleo (no buscando empleo)	2	1.6
Perdidos	1	0.8
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de ingresos, la mayoría de los encuestados tenía unos ingresos que oscilaban entre los mil y los tres mil dólares americanos (n = 88) (véase detalles en la Tabla 8).

**Tabla 8.** Distribución de los participantes en función de los ingresos mensuales

	N	%
Menos de 1000 dólares americanos	9	7.0
Entre 1000 y 2000 dólares americanos	60	46.5
Entre 2000 y 3000 dólares americanos	28	21.7
4000 dólares americanos o más	9	7.0
Perdidos	23	17.8
Total	129	100.0

Nota: Ingresos individuales, no el total percibido en el hogar.

También se preguntó a los participantes con quién convivían. La mayoría vivían solos (n = 50) o con la pareja (n = 48), aunque algunos vivían con más familia (n = 15), otros con amigos (n = 8) o con otras personas (n = 7). El detalle puede consultarse en la Tabla 9.

**Tabla 9.** Distribución de los participantes en función de la situación de convivencia

	N	%
Solo	50	38.8
Con la pareja	48	37.2
Con familiares	15	11.6
Con amigos	8	6.2
Otros	7	5.4
Perdidos	1	0.8
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, 24 personas afirmaron tener algún tipo de discapacidad, y 20 tener alguna enfermedad crónica. Véase Tablas 10 y 11.

**Tabla 10.** Distribución de los participantes en función de la presencia de alguna discapacidad

	<b>N</b>	<b>%</b>
Con discapacidad	24	18.6
Sin discapacidad	98	76.0
Perdidos	7	5.4
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 11.** Distribución de los participantes en función de la presencia de alguna enfermedad crónica

	<b>N</b>	<b>%</b>
Con enfermedad crónica	20	15.5
Sin enfermedad crónica	104	80.6
Perdidos	5	3.9
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

### **4.3. Variables e instrumentos**

Además del género, la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento, la situación laboral, los ingresos mensuales, el tipo de convivencia y la presencia de discapacidad o de enfermedades crónicas, que se han descrito anteriormente, la encuesta incluyó una serie de preguntas relativas al proceso de migración, incluyendo:

- El tiempo de residencia en Cuenca, que se midió con 4 categorías de respuesta: menos de 3 meses, más de 3 meses pero menos de 12, más de 12 meses pero menos de 24 meses, y más de 24 meses.
- Si los ingresos de los participantes les permitían vivir confortablemente en la ciudad de Cuenca, mediante una afirmación a la que los participantes respondían en una escala tipo Likert de 5 categorías de respuesta, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

- La amigabilidad de la gente de Cuenca, también con formato de respuesta tipo Likert de 5 categorías, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- Si hablaban español, siendo las respuestas posibles a la pregunta: “sí”, “no, pero estoy aprendiendo”, o “no”.
- Las características del vecindario, mediante 24 indicadores extraídos de la Guía “Global Age-friendly Cities” (OMS, 2007) que posee los criterios basados en planificación urbanística, características de residencia, calidad de vida, participación del consumidor, y planificación estratégica que hacen de una ciudad amigable, los criterios se revisaron uno a uno y en base a las características de la ciudad de Cuenca, se eligieron los que pudieran ser evaluados. Estos indicadores incluían cuestiones como, por ejemplo, “El transporte público es asequible para las personas mayores”, “Los servicios de transporte comunitario, incluidos los conductores voluntarios y los servicios de transporte, están disponibles para llevar a las personas mayores a eventos y lugares específicos”, o “La vivienda económica está disponible para todas las personas mayores”. Cada uno de los indicadores se respondía con formato de respuesta tipo Likert de 5 categorías, desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).
- Un indicador sobre la valoración general de Cuenca, en la que los participantes podían valorarla desde 1 (mucho peor de lo que me esperaba) a 5 (mucho mejor de lo que me esperaba).

Adicionalmente, se incluyeron diversas escalas de medida, que evaluaron la salud percibida, el apoyo social, el autocuidado, la soledad, la depresión, la esperanza disposicional, la espiritualidad o experiencias espirituales diarias, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. A continuación, se describen en detalle cada una de ellas.

#### **4.3.1. Versión corta de la Encuesta de Salud SF-8 (*SF-8 Health Survey*; Ware et al. 2001)**

Esta escala se presentó por primera vez hace más de 15 años como encuesta de salud Short Form [Escala reducida] (SF-36) constaba de 36 ítems y demostró ser útil para una variedad de propósitos como monitoreo de salud, comparación de la carga de diferentes afecciones médicas, políticas de salud médica, investigación, evaluación económica y otros servicios de salud. La demanda de herramientas más cortas llevo a nuevas búsquedas, y a la implementación de instrumentos cortos, fáciles de administrar y entender, es así que se crea primero la SF-12 (12 ítems) y luego la SF-8 que miden las mismas dimensiones que la versión original y que en su creación se buscó la precisión en la medición (Ware, 2008).

La Escala SF-8 de la Salud percibida evalúa la salud relacionada con la calidad de vida mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta, generando un perfil de salud que consta de 8 dominios a nivel físico y mental (Ware et al. 2001). Sus valores de confiabilidad en un estudio checo, son: alfa de Cronbach de  $\alpha = .92$ , al coeficiente de McDonald's omega con un valor de  $\alpha = .94$  demostrando alta consistencia y confiabilidad (Bartušková, et al. 2018).

#### **4.3.2. Escala de apoyo social de Lubben (Lubben y Gironda, 2004)**

Instrumento que evalúa el aislamiento social de los adultos mayores mediante la medida del apoyo social percibido, tanto por los propios familiares como de los amigos. La escala se estructura en un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco anclajes de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores (Lubben y Gironda, 2004).

Esta escala evalúa las redes de apoyo social, su extensión y calidad, así como la presencia del sentimiento de soledad en los adultos mayores, además se compone de un sistema de calificación de los recursos sociales. Es

un instrumento desarrollado por adultos mayores y es uno de los más utilizados en estas poblaciones en estudios internacionales. (Fernández et al. 2010). La escala fue desarrollada a finales de los años de 1980 por Lubben y Lubben (1988) la versión larga consta de 18 ítems) las dimensiones en las que enfoca esta escala son redes sociales, y familia (6 ítems), amistad (6 ítems), y vecindario (6 ítems), en tanto que la versión abreviada de 6 ítems contiene 3 ítems para las subescalas de familia y amistad y 3 para la subescala en donde se integran amigos y vecindario. La aplicación de esta escala toma aproximadamente de 5 a 10 minutos. La escala presenta valores de consistencia interna  $\alpha = .78$  (Lubben y Gironde, 2004).

#### **4.3.3. Autocuidado. Escala de auto-cuidado (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015)**

La escala está formada por 9 ítems, es una escala tipo Likert de 5 puntos que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente e acuerdo). Evalúa originalmente el autocuidado de los profesionales en tres áreas: autocuidado físico, que se refiere a la implicación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano; autocuidado interior, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana; y la auto-atención social, con respecto a las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su salud social. Esta escala ha sido validada recientemente para población mayor (Campos, Oliver, Tomás, Galiana, y Gutiérrez, 2018). Esta escala se basa en la definición de la salud de la OMS descrita en la introducción, explorando dimensiones de autocuidado físico, interior y social. Considera desde una perspectiva holística e integradora las dimensiones de autocuidado por lo que es pertinente en el estudio a personas de la tercera edad (Galiana, Oliver, Sansó y Benito, 2015).

#### **4.3.4. Escala de Soledad (De Jong Gierveld, 1987)**

Esta escala está basada en el modelo cognitivo de la soledad de Jong Gierveld (1987), según el cual cuanto mayor es la discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las reales, mayor será la experiencia de soledad.

Esta es una de las escalas más utilizadas en Europa en la última década (De Jong Gierveld y Kamphuis, 1985). Existen 2 versiones, una de once ítems, y otra de 6 (la utilizada en esta investigación), las puntuaciones se dan en tres categorías de respuestas, 1=no, 2=más o menos, 3=sí (Buz, y Adánez, 2013). La mayoría de estudios con esta escala muestra que posee una estructura factorial de tres dimensiones, denominadas soledad emocional de primer y segundo orden, y soledad social (Iecovich, 2013)

La versión corta 3 ítems que evalúan la soledad emocional y 3 ítems que evalúan la soledad social, y debido a su sencillez es de fácil aplicación, además posee buenas propiedades psicométricas (Bellón, Delgado, y Luna, 1996; De Jong, y Tilburg, 2006), presenta un alfa de Cronbach de  $\alpha = .77$  (Ayala, et al. 2012).

#### **4.3.5. Escala de Depresión CESD-7 (Santor y Coyne, 1997)**

Esta escala en su versión original está compuesta por 20 ítems, con cuatro subescalas de síntomas depresivos, afectos negativos, afectos positivos, síntomas somáticos y problemas interpersonales (Radloff, 1977).

En este estudio se utiliza la versión corta del CESD (CESD-7) (Santor y Coyne, 1997), que está formada por 7 ítems relacionados con los síntomas comunes de la depresión: ánimo disfórico (3 ítems), motivación (1 ítem), concentración (1 ítem), pérdida del placer (1 ítem) y dificultades con el sueño (1 ítem). Esta es una escala de Likert que va desde del 1 (rarely or none of the time) menos de una semana, al 4 (5-7 days a week) la mayoría o todo el tiempo, y es de autoaplicación. El alfa de Cronbach de esta prueba oscila en aplicaciones en línea y de papel y lápiz desde  $\alpha = .82$  a  $\alpha = .83$  (Santor y Coyne, 1997).

#### **4.3.6. Escala de Esperanza Disposicional (Snyder et al. 1991)**

La Escala de Esperanza Disposicional parte del modelo desarrollado por Charles R. Snyder, en el que la esperanza se conceptualiza como un

constructo motivacional, con un fuerte componente cognitivo. La escala original contiene 12 reactivos dispuestos en 2 subescalas, agencia y medios, y 4 ítems que son distractores, las opciones de respuesta se presentan en una escala de Likert que va desde 1=definitivamente falso, hasta 8=definitivamente verdadero (Snyder et al, 1991), si bien se han probado en diversos estudios estructuras bifactoriales, la que mejores valores de ajuste posee es la que se analiza con un modelo unidimensional, (Galiana, Oliver, Sancho y Tomás, 2015). La consistencia interna de escala señala en muchos estudios un alfa de Cronbach de  $\alpha = .80$  (Snyder et al. 1991).

#### **4.3.7. Escala de experiencias espirituales diarias (Underwood y Teresi, 2002)**

Esta escala abarca varias perspectivas religiosas y espirituales de los individuos, basada en experiencias individuales y una gran variedad de escritos teleológicos y religiosos. Incluye 16 ítems en una escala de Likert con respuestas del 1 al 5, siendo 5=muchas veces al día y 1= casi nunca. En varios estudios esta escala ha evidenciado buena consistencia interna, con alfa de Cronbach de .90, así como correlaciones positivas con la calidad de vida y el estado psicosocial positivo, o la disminución en el consumo de alcohol (Underwood, y Teresi, 2002).

#### **4.3.8. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, et al. 1985)**

Es una escala de likert corta (5 ítems) basada en la teoría de Diener sobre la satisfacción y el bienestar, que se responde en una escala de Likert que va desde 1=muy en desacuerdo, hasta 5=muy de acuerdo, de acuerdo al juicio global que hacen las personas acerca de esta. Este instrumento ha sido utilizado en numerosas investigaciones obteniendo muy buenas propiedades psicométricas, cuyos valores de alfa de Cronbach oscilan entre  $\alpha = .89$  y  $\alpha = .79$ , además de medirse validez convergente con otras escalas de bienestar y validez divergente con escalas de afecto negativo, ansiedad y depresión (Diener et al. 1985).

### **4.3.9. Escala de Bienestar Psicológico o “Flourishing” (Diener et al. 2009)**

La escala Flourishing es una encuesta resumida de 8 ítems acerca del funcionamiento autopercebido de las áreas de relaciones interpersonales, autoestima, propósito, significado y optimismo.

Pensamiento positivo, basada en las teorías de bienestar social y psicológico, que captura los principales aspectos de este tipo de “prosperidad” que representa el término “Flourishing”. La escala está sustancialmente correlacionada con otras escalas de bienestar psicológico, pero es más breve. La escala proporciona una única puntuación general de bienestar psicológico y no proporciona puntuaciones para varios componentes del bienestar. Es una escala que posee altas confiabilidades internas y temporales y alta convergencia con otras escalas similares (Diener y Biswas, 2009). Los valores de alfa de Cronbach de esta escala son de  $\alpha = .82$  (Linley, Maltby, Wood, Osborne, y Hurling, 2009).

## **4.4. Análisis de datos**

El estudio utilizó metodología cuantitativa. En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos para las variables relacionadas con migración: tiempo que llevaban residiendo en Cuenca, si su nivel de ingresos les permitía vivir de manera confortable en Cuenca, si consideraban que la gente era amistosa, y características sobre el vecindario. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias, desviaciones típicas, puntuaciones mínimas y máximas para las variables cuantitativas.

En segundo lugar, se estudió la validez y fiabilidad de los instrumentos empleados en la investigación. Para ello, se emplearon diversos análisis factoriales confirmatorios (AFC), en los que se pusieron a prueba las estructuras factoriales propuestas en la literatura. Adicionalmente, se calcularon los alfa de Cronbach y los índices compuestos de fiabilidad

(composite reliability index, CRI) como estimaciones de fiabilidad, en este caso, de consistencia interna.

Una vez comprobadas las adecuadas propiedades psicométricas de los instrumentos de medida utilizados, se calcularon los estadísticos descriptivos: medias, desviaciones típicas, y puntuaciones mínimas y máximas. Estos resultados permitieron ofrecer información sobre los niveles de los participantes en las distintas variables objeto de estudio.

Posteriormente, se estudió la relación del envejecimiento exitoso y sus variables predictoras con las características sociodemográficas. Para ello, se utilizaron análisis de varianza (ANOVA) y correlaciones de Pearson. Los ANOVAs permitieron explorar posibles diferencias en los niveles de salud, apoyo, autocuidado, soledad, depresión, esperanza, espiritualidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico, en función de características como el sexo, el estado civil, el tipo de convivencia, padecer o no una discapacidad y sufrir o no una enfermedad crónica. Las correlaciones, por su parte, permitieron relacionar las variables objeto de estudio con la edad y el nivel de ingresos. Considerando las medidas de tamaño del efecto mediante los estadísticos  $r$  con valores alrededor de .20 (tamaños del efecto pequeños, .50 moderados, .80 grandes) y  $\eta^2$  al cuadrado parcial ( $\eta^2$ ) en donde los valores de .10 se consideran pequeños, .25 medios, y .40 grandes.

Finalmente, para estudiar la relación entre salud, apoyo, autocuidado, soledad, depresión, esperanza, espiritualidad, y el envejecimiento exitoso, se correlacionaron estas variables con la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. Además, se realizó un estudio multivariado, a partir de la puesta a prueba de un modelo de ecuaciones estructurales para predecir las dos dimensiones del envejecimiento exitoso evaluadas en esta investigación: la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. De manera a priori y a partir de la evidencia recogida por Oliver y colaboradores (2015), se probó un modelo de mediación completa, en el que las variables salud física, salud mental, apoyo de familiares, apoyo de amigos, autocuidado físico, autocuidado psicológico, autocuidado social, soledad emocional, soledad

social, depresión y espiritualidad, predecían la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, siendo la esperanza la variable mediadora.

Para evaluar el ajuste de este modelo, así como el de los AFCs anteriormente mencionados, se utilizaron diversos índices de ajuste, tal y como recomienda la literatura (Hu y Bentler, 1995; Tanaka, 1993): el estadístico chi cuadrado, el índice de ajuste comparativo (comparative fit index, CFI), con valores de .90 o superiores como indicativo mínimo para aceptar el modelo, y la raíz cuadrática del error de aproximación (root mean square error of approximation, RMSEA) y la raíz cuadrada media del residuo estandarizado (standarized root mean square residual, SRMR), que se consideran aceptables con valores menores de .08 (Hu y Bentler, 1999). También se evaluó el ajuste analítico, lo que indica en el caso de los AFCs la evaluación de las saturaciones factoriales de los ítems, y en el caso del modelo, los valores de las relaciones predictivas especificadas.

Todos los modelos estructurales se estimaron con mediante la mínimos cuadrados ponderados con media y varianza corregida (WLSMV), un procedimiento recomendado para datos no normales de naturaleza ordinal (Finney y DiStefano, 2006).

Los análisis se llevaron a cabo mediante la versión 24 del programa SPSS y la versión 8.4 del programa Mplus (Muthén y Muthén, 2017).

*Eva Karina Peña Contreras*

## 5. Resultados

### 5.1. Resultados descriptivos relativos a la migración

Para estudiar las características relacionadas con la migración, se preguntó a los participantes por el tiempo que llevaban residiendo en Cuenca, si su nivel de ingresos les permitía vivir de manera confortable en Cuenca, si consideraban que la gente era amistosa, y características sobre el vecindario.

En cuanto al tiempo de residencia en Cuenca, la mayor parte de la muestra llevaba más de 2 años residiendo (61,2%), y tan solo un 4,7% había residido menos de 3 meses, tal y como se puede observar en la Tabla 12.

**Tabla 12.** Distribución de los participantes en función del tiempo viviendo en Cuenca

	N	%
Menos de 3 meses	6	4.7
Más de 3 meses pero menos de 12 año	23	17.8
Más de 12 pero menos de 24 meses	18	14.0
Más de 24 meses	79	61.2
Perdidos	3	2.3
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que respecta al coste de vida en la ciudad, cuando se preguntó a los participantes si podían vivir confortablemente con su pensión/ingresos

en la ciudad de Cuenca, la puntuación media fue de 4.07 (DT = .87), en una escala que osciló de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El detalle de las respuestas puede verse en la Tabla 13. Un resultado similar se encontró también cuando se preguntó a los participantes sobre la amigabilidad, con una media de 4.29 (DT = .81) en una escala como la anterior. Tal y como se muestra en la Tabla 14, la mayoría estaban de acuerdo (n = 56) o muy de acuerdo (n = 55) con la afirmación de que la gente era amistosa.

**Tabla 13.** Distribución de los participantes según sus respuestas a la afirmación de que sus ingresos les permiten vivir de manera confortable en Cuenca

	N	%
Totalmente en desacuerdo	1	.8
En desacuerdo	7	5.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	11.6
De acuerdo	58	45.0
Totalmente de acuerdo	41	31.8
Perdidos	7	5.4
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 14.** Distribución de los participantes según sus respuestas a la afirmación de que la gente es amistosa en Cuenca

	N	%
Totalmente en desacuerdo	2	1.6
En desacuerdo	3	2.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	5.4
De acuerdo	56	43.4
Totalmente de acuerdo	55	42.6
Perdidos	6	4.7
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

También se preguntó a los participantes si hablaban español. La mayoría de ellos o bien lo hablaban (n = 43) o bien estaban aprendiendo el idioma (n = 73). Los detalles pueden consultarse en la Tabla 15.

**Tabla 15.** Distribución de los participantes según si hablan español

	<b>N</b>	<b>%</b>
Hablan español	43	33.3
No hablan español, pero están aprendiendo	73	56.6
No hablan español	6	4.7
Perdidos	7	5.4
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a las características del vecindario, se realizaron una serie de afirmaciones sobre las que los participantes tenían que expresar su grado de acuerdo, en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Tal y como se muestra en la Tabla 16.

Tenemos como resultado que la población estudiada percibe como “bueno” a las siguientes características: el transporte público, los conductores, las viviendas económicas con servicios, comodidades y actividades apropiadas para adultos mayores, la admisión a eventos con preferencia para adultos mayores, instalaciones comunicaría que fomentan la interacción entre usuarios de varios grupos etarios, la preocupación por que se brinden servicios de calidad en atención adulto mayor, la acción comunitaria y el apoyo del vecindarios hacia los residentes mayores, precios diferenciados para el acceso a servicios y a eventos públicos, el respeto hacia las personas mayores, el apoyo para la inclusión de las personas mayores en eventos cívicos y reuniones (discapacidades), la información brindada para la comunidad migrante de adultos mayores, buena distribución de los servicios sociosanitario, infraestructura inclusiva como asesores, rampas, señalización adecuada y barandillas en escaleras. En tanto que los aspectos por mejorar son que: algunas infraestructuras son de difícil acceso, los suelos no son antideslizantes, pocas áreas de descanso con sillas cómodas, cantidad insuficiente de baños públicos, y de los que existen no son bien mantenidos ni con accesibilidad para personas mayores o no están bien señalizados, la falta de oportunidades flexibles con opciones de empleo para adultos mayores, y las instalaciones de servicio construidas sin accesibilidad para personas con discapacidades en su gran mayoría.

**Tabla 16.** Distribución de los participantes según sus respuestas a la afirmación de que la gente es amistosa en Cuenca

	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
El transporte público es asequible para las personas mayores	3.95	1.18	1.00	5.00
Los servicios de transporte comunitario, incluidos los conductores voluntarios y los servicios de transporte, están disponibles para llevar a las personas mayores a eventos y lugares específicos	3.33	1.08	1.00	5.00
La vivienda económica está disponible para todas las personas mayores	3.47	1.07	1.00	5.00
Existe una gama de servicios apropiados y comodidades y actividades apropiadas en las instalaciones de vivienda para personas mayores	3.26	.98	1.00	5.00
La admisión a un evento está abierta (por ejemplo, no se requiere membresía) y la admisión, como la compra de entradas, es un proceso rápido e integral que no requiere que las personas mayores hagan cola durante mucho tiempo	3.58	.98	1.00	5.00
Las instalaciones comunitarias promueven el uso compartido y multipropósito por personas de diferentes edades e intereses y fomentan la interacción entre los grupos de usuarios	3.43	.82	2.00	5.00
Las personas mayores son consultadas por servicios públicos, voluntarios y comerciales sobre formas de atenderles mejor	3.09	.91	1.00	5.00
La acción comunitaria para fortalecer los lazos y el apoyo del vecindario incluye a los residentes mayores como informantes clave, asesores, actores y beneficiarios	3.31	.93	2.00	5.00
Las personas mayores económicamente desfavorecidas tienen acceso a servicios y eventos públicos, voluntarios y privados	3.34	.90	1.00	5.00
Existen oportunidades flexibles, con opciones de empleo a tiempo parcial o temporal para personas mayores	2.95	.96	1.00	5.00
Las personas mayores son respetadas y reconocidas por sus contribuciones	3.63	.84	2.00	5.00

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
Existe apoyo para permitir que las personas mayores participen en reuniones y eventos cívicos, como asientos reservados, apoyo para personas con discapacidades, ayudas para personas con problemas de audición y transporte	3.30	.84	2.00	5.00
Se ofrecen transmisiones periódicas de información y programas de interés para las personas mayores, tanto en medios regulares como específicos	3.06	.80	1.00	5.00
Los servicios sociosanitario están bien distribuidos en toda la ciudad, están convenientemente ubicados y se puede llegar fácilmente por todos los medios de transporte	3.44	1.04	1.00	5.00
Las instalaciones de servicio están construidas de manera segura y son totalmente accesibles para personas con discapacidades	2.92	1.03	1.00	5.00
Ascensores	3.25	1.14	1.00	5.00
Rampas	3.16	1.08	1.00	5.00
Señalización adecuada	3.03	1.05	1.00	5.00
Barandillas en escaleras	3.11	1.08	1.00	5.00
Escaleras que no son demasiado altas o empinadas	2.83	1.07	1.00	5.00
Suelos antideslizantes	2.70	1.05	1.00	5.00
Áreas de descanso con sillas cómodas	2.98	1.01	1,00	5.00
Cantidad suficiente de baños públicos	2.69	1.16	1.00	5.00
Los baños públicos están limpios, bien mantenidos, son fácilmente accesibles para personas con diferentes capacidades, están bien señalizados y ubicados en lugares convenientes	2.81	1.18	1.00	5.00

Notas: M = media; DT = desviación típica; Mín. = puntuación mínima; Máx. = puntuación máxima.

Finalmente, en cuanto a la valoración general de Cuenca, la mayoría de los participantes la calificaron de forma neutra o positiva, mientras que tan solo un 7.8% afirmó que era ligeramente peor de lo que esperaba, y ninguno dijo que era mucho peor. En la Tabla 17 pueden consultarse los detalles.

**Tabla 17.** Distribución de los participantes según sus respuestas a la pregunta de evaluación de Cuenca

	N	%
Mucho peor de lo que me esperaba	0	.0
Ligeramente peor de lo que me esperaba	10	7.8
Justo como me esperaba	35	27.1
Ligeramente mejor de lo que me esperaba	48	37.2
Mucho mejor de lo que me esperaba	27	20.9
Perdidos	9	7.0
Total	129	100.0

Fuente: Elaboración propia.

## 5.2. Resultados de validez y fiabilidad de los instrumentos empleados

### 5.2.1. Propiedades psicométricas de la Escala de Salud SF-8 (Ware et al. 2001)

Para obtener evidencia de la estructura interna de la Escala de Salud SF-8, se hipotetizó y estimó un AFC siguiendo la estructura propuesta por Tomás et al. (2018), en el que un factor de salud física explicaba los ítems 1 al 5, y un factor de salud mental los ítems 6, 7 y 8 de la escala. El ajuste fue adecuado:  $\chi^2(19) = 51.161$  ( $p < .001$ ), CFI = .971, RMSEA = .117 [.079,.157], SRMR = .046. En la Tabla 18 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems.

**Tabla 18.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Salud SF-8

Salud física	$\Lambda$	Salud mental	$\lambda$
Ítem 1	.608	Ítem 6	.823
Ítem 2	.754	Ítem 7	.753
Ítem 3	.910	Ítem 8	.974
Ítem 4	.744		
Ítem 5	.635		

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

En lo que respecta a la fiabilidad de la escala, la dimensión de salud física obtuvo un alfa de Cronbach de .78 y un CRI de .85, y la de salud mental o psicológica, un alfa de .81 y un CRI de .89, pudiéndose considerar en todos los casos indicadores de una fiabilidad adecuada.

Así pues, los resultados apuntaron que la Escala SF-8 tuvo un buen funcionamiento en la muestra objeto de estudio.

### **5.2.2. Propiedades psicométricas de la Escala de apoyo social de Lubben (Lubben y Girona, 2004)**

En el caso de la Escala de apoyo social de Lubben, se especificó, estimó y evaluó un modelo AFC en el que dos factores, apoyo social de familiares y apoyo social de amigos, que explicaban 3 ítems de la escala, respectivamente. El ajuste se evaluó tanto de forma general, a través de los índices de ajuste, como analítica, a partir de las saturaciones factoriales.

El ajuste fue general del modelo fue adecuado:  $\chi^2(8) = 75.104$  ( $p < .001$ ), CFI = .973, RMSEA = .261 [.209, .317], SRMR = .044. En la Tabla 19 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems, todas adecuadas y estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

**Tabla 19.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de apoyo social de Lubben

<b>Apoyo de familiares</b>	<b><math>\Lambda</math></b>	<b>Apoyo de amigos</b>	<b><math>\lambda</math></b>
Ítem 1	.894	Ítem 4	.773
Ítem 2	.926	Ítem 5	.909
Ítem 3	.924	Ítem 6	.935

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

En lo que respecta a la fiabilidad de las dimensiones, las estimaciones resultaron excelentes para el apoyo de familiares, con un alfa de Cronbach de .916 y un CRI de .939, y para el apoyo de amigos, con un alfa de .887 y un CRI de .907.

De esta forma, la evidencia recogida apuntó adecuadas propiedades psicométricas, en cuanto a estructura interna y fiabilidad se refiere, para la Escala de apoyo social de Lubben en este estudio.

### 5.2.3. Propiedades psicométricas de la Escala de Autocuidado (Galiana et al. 2015)

Para obtener evidencia de la estructura interna de la Escala de Autocuidado se puso a prueba un modelo AFC en el que se hipotetizaron tres factores que explicaban los 9 ítems de la escala: autocuidado físico (ítems 1, 2 y 5), autocuidado psicológico (ítems 6, 7 y 8) y autocuidado social (ítems 3, 4 y 9). El ajuste fue general no fue adecuado:  $\chi^2(24) = 203.828$  ( $p < .001$ ), CFI = .973, RMSEA = .247 [.216,.279], SRMR = .092; observándose una saturación de pequeño tamaño en el caso del ítem 9 ( $\lambda = .408$ ). Dado que este ítem se refiere principalmente a la actividad laboral (“*When I feel overwhelmed by a clinical situation I feel that I can support on my team in order to elaborate this experience*”), se decidió eliminarlo. Con posterioridad al momento de administración de la escala, se adaptó y validó la versión específica para adulto mayor que corrige esta situación (Campos et al. 2018).

El ajuste del nuevo AFC, sin el ítem 9, sí resultó adecuado:  $\chi^2(17) = 99.475$  ( $p < .001$ ), CFI = .923, RMSEA = .199 [.162,.237], SRMR = .07. En la Tabla 20 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems.

**Tabla 20.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Autocuidado

Autocuidado físico	$\Lambda$	Autocuidado psicológico	$\lambda$	Autocuidado social	$\lambda$
Ítem 1	.666	Ítem 6	.998	Ítem 3	.675
Ítem 2	.691	Ítem 7	.825	Ítem 4	.857
Ítem 5	.754	Ítem 8	.470	Ítem 9	--

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Con esta estructura, se estimó la fiabilidad para las tres dimensiones, con los siguientes resultados: la dimensión de autocuidado físico obtuvo un

alfa de Cronbach de .669 y un CRI de .747; la dimensión de autocuidado psicológico obtuvo un alfa de Cronbach de .695 y un CRI de .827; finalmente, la dimensión de autocuidado social obtuvo un alfa de .668 y un CRI de .743. La fiabilidad de la escala, teniendo en cuenta las limitaciones ya mencionadas del alfa de Cronbach y los resultados del CRI, pueden considerarse adecuada.

#### **5.2.4. Escala de Soledad de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld, 1987)**

Para evaluar la dimensionalidad de la Escala de Soledad de Jong Gierveld se puso a prueba un modelo AFC en el que se hipotizaron dos factores de soledad, soledad emocional y soledad social, que explicaban 3 ítems de la escala, cada uno de ellos. El ajuste fue general fue excelente:  $\chi^2(8) = 1.828$  ( $p = .211$ ), CFI = .995, RMSEA = .054 [.000,.128], SRMR = .036. En cuanto al ajuste analítico, en la Tabla 21 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems.

**Tabla 21.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Soledad Jong Gierveld

<b>Soledad emocional</b>	<b><math>\Lambda</math></b>	<b>Soledad social</b>	<b><math>\lambda</math></b>
Ítem 1	.963	Ítem 2	.748
Ítem 5	.659	Ítem 3	.825
Ítem 6	.653	Ítem 4	.724

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Respecto a la fiabilidad, las estimaciones de consistencia interna también resultaron adecuadas. El factor de soledad emocional obtuvo un alfa de Cronbach de .741 y un CRI de .81. En el caso de la soledad social, el alfa de Cronbach fue de .779 y el CRI de .81.

De nuevo, y como en los instrumentos anteriores, la Escala de Soledad de Jong Gierveld mostró adecuadas propiedades psicométricas en su uso en la muestra de personas mayores.

### 5.2.5. Escala de Depresión CESD-7 (Santor & Coyne, 1997)

Para evaluar la estructura interna de la Escala de Depresión CES-D, se especificó, estimó y evaluó un modelo AFC. El modelo puesto a prueba para la escala hipotetizó un único factor que explicaba los 7 ítems de la escala. El ajuste general del modelo fue muy bueno:  $\chi^2(14) = 27.071$  ( $p = .018$ ), CFI = .992, RMSEA = .088 [.035,.138], SRMR = .042. También lo fue el ajuste analítico. En la Tabla 22 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems.

**Tabla 22.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Depresión CES-D

<b>Depresión</b>	<b><math>\Lambda</math></b>
Ítem 1	.714
Ítem 2	.870
Ítem 3	.909
Ítem 4	.888
Ítem 5	.785
Ítem 6	.874
Ítem 7	.875

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach fue excelente, con un valor de .911, así como el CRI, con valor de .947. La Escala de Depresión CES-D mostró, por tanto, adecuadas propiedades psicométricas en este estudio.

### 5.2.6. Esperanza de Esperanza Disposicional (Snyder et al.1991)

Para el estudio de la estructura interna, se puso a prueba un modelo AFC para la Escala de Esperanza Disposicional en el que hipotetizó un único factor de esperanza, que explicaba los 8 ítems de la escala, tal y como recomienda la literatura (Galiana et al. 2015). El ajuste fue general del modelo fue adecuado:  $\chi^2(20) = 166.118$  ( $p < .001$ ), CFI = .948, RMSEA = .247

[.213,.282], SRMR = .071. En la Tabla 23 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems, que apuntan a un adecuado ajuste analítico.

**Tabla 23.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Esperanza Disposicional

<b>Esperanza</b>	<b><math>\Lambda</math></b>
Ítem 1	.731
Ítem 2	.870
Ítem 3	.913
Ítem 4	.872
Ítem 5	.876
Ítem 6	.810
Ítem 7	.835
Ítem 8	.734

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach fue excelente, con un valor de .907, así como el CRI, con valor de .947. La Escala de Esperanza Disposicional mostró, como en los casos anteriores, adecuadas propiedades psicométricas en este estudio.

### **5.2.7. Escala de Experiencias Diarias Espirituales (Underwood y Teresi, 2002)**

Para evaluar la estructura interna de la Escala de Experiencias Diarias Espirituales, se especificó, estimó y evaluó un modelo AFC. El modelo puesto a prueba hipotetizó un único factor que explicaba los 14 ítems de la escala junto con el indicador general de espiritualidad. El ajuste general fue adecuado:  $\chi^2(90) = 488.568$  ( $p < .001$ ), CFI = .977, RMSEA = .193 [.176,.210], SRMR = .064. El ajuste analítico también fue adecuado (véase Tabla 24).

Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach fue excelente, con un valor de .975, así como el CRI, con valor de .986. Las propiedades psicométricas de la Escala de Experiencias Espirituales Diarias fueron, por tanto, excelentes para este estudio.

**Tabla 24.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Experiencias Diarias Espirituales

<b>Espiritualidad</b>	<b><math>\Lambda</math></b>
Ítem 1	.946
Ítem 2	.870
Ítem 3	.989
Ítem 4	.884
Ítem 5	.931
Ítem 6	.857
Ítem 7	.966
Ítem 8	.955
Ítem 9	.931
Ítem 10	.893
Ítem 11	.875
Ítem 12	.885
Ítem 13	.816
Ítem 14	.920
Ítem 15	.907

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

### **5.2.8. Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al. 1985)**

Para evaluar la dimensionalidad de la Escala de Satisfacción con la Vida, se puso a prueba un modelo AFC que hipotetizó un solo factor que explicaba los 5 ítems de la escala. El ajuste general del modelo fue adecuado:  $\chi^2(5) = 17.499$  ( $p = .003$ ), CFI = .996, RMSEA = .144 [.075,.221], SRMR = .022. También lo fue el ajuste analítico. En la Tabla 25 pueden observarse las saturaciones factoriales de los ítems.

Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach fue muy adecuada, con un valor de .888, y el CRI resultó excelente, con valor de .942. Las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en esta muestra pueden considerarse, por tanto, adecuadas.

**Tabla 25.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Satisfacción con la Vida

<b>Satisfacción con la vida</b>	<b><math>\Lambda</math></b>
Ítem 1	.875
Ítem 2	.942
Ítem 3	.941
Ítem 4	.956
Ítem 5	.621

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

### **5.2.9. Escala de Bienestar Psicológico o “Flourishing” (Diener et al. 2009)**

Finalmente, se puso a prueba un modelo AFC para obtener evidencia de la estructura interna de la Escala de Bienestar Psicológico. En el modelo se hipotetizó un único factor de bienestar psicológico, que explicaba los 8 ítems de la escala. El ajuste fue general del modelo fue adecuado:  $\chi^2(20) = 55.235$  ( $p < .001$ ), CFI = .986, RMSEA = .121 [.084,.160], SRMR = .044. El ajuste analítico puede observarse en la Tabla 26, en la que se muestran las saturaciones factoriales de los ítems.

**Tabla 26.** Saturaciones factoriales del Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Bienestar Psicológico

<b>Bienestar psicológico</b>	<b><math>\Lambda</math></b>
Ítem 1	.852
Ítem 2	.760
Ítem 3	.878
Ítem 4	.739
Ítem 5	.815
Ítem 6	.889
Ítem 7	.900
Ítem 8	.847

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < .001$ ).

Respecto a la fiabilidad, el alfa de Cronbach fue excelente, con un valor de .922, y también el CRI, con valor de .949. Las propiedades

psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico en esta muestra pueden considerarse, por tanto, excelentes.

### **5.3. Resultados descriptivos relativos a la salud, el apoyo social, el autocuidado, la soledad, la depresión, la esperanza disposicional, la espiritualidad, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico**

En primer lugar, se llevaron a cabo estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio. En la Tabla 27 pueden consultarse las medias, desviaciones, puntuaciones mínimas y máximas de las distintas variables que en la literatura científica se han mostrado relevantes para la predicción del bienestar y satisfacción con la vida de las personas mayores. Tal y como se observa en la tabla, las medias en salud fueron bajas, lo que teniendo en cuenta que la escala evalúa falta de salud, es indicativo de altos niveles de salud mental y niveles medio-altos de salud física. En cuanto a los niveles de apoyo social, y teniendo en cuenta que la escala oscila de 1 a 6, tanto los niveles de apoyo de familiares como el apoyo de amigos fueron medios, siendo estos últimos superiores. Por lo que respecta al autocuidado, también se encontraron niveles medios en sus tres dimensiones: física, psicológica y social. En cuanto a los niveles de soledad emocional, estos fueron medio-bajos, pues la media se situó cerca del 2 en una escala que oscila de 1 a 5, mientras que en el caso de la soledad social, que mide falta de soledad, los niveles superaron el punto medio de la escala, indicando niveles medios de apoyo social. Finalmente, los niveles de depresión fueron bajos (9.89 en una escala que oscila de 6 a 32); los de esperanza fueron altos, superando la media la puntuación de 4 en una escala de 1 a 5; y los de espiritualidad fueron medios (3.54 en una escala de 1 a 6).

En cuanto al bienestar y a la satisfacción con la vida de las personas mayores emigrantes de Cuenca, los estadísticos descriptivos pueden verse en la Tabla 28. Los niveles fueron medio-altos, con puntuaciones de 3.86 para la satisfacción con la vida y 4,09 para el bienestar, en escalas que oscilaban ambas de 1 a 5.

**Tabla 27.** Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas predictoras del bienestar y la satisfacción en personas mayores

	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
Salud física	2.14	.75	1.00	4.60
Salud mental	1.54	.73	1.00	4.00
Apoyo de familiares	3.16	1.14	1.00	6.00
Apoyo de amigos	3.79	1.05	1.00	6.00
Autocuidado físico	3.37	.88	1.00	5.00
Autocuidado psicológico	3.45	.86	1.00	5.00
Autocuidado social	3.58	.65	1.00	5.00
Soledad emocional	2.38	.87	1.00	4.33
Soledad social	3.40	.88	1.00	5.00
Depresión	9.89	4.40	6.00	32.00
Esperanza	4.08	.60	2.00	5.00
Espiritualidad	3.54	1.50	1.00	6.00

Notas: M = media; DT = desviación típica; Mín. = puntuación mínima; Máx. = puntuación máxima.

**Tabla 28.** Estadísticos descriptivos del bienestar y la satisfacción en personas mayores emigrantes de Cuenca

	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Satisfacción con la vida	3.86	.71	1.40	5.00
Bienestar	4.09	.56	1.38	5.00

Notas: M = media; DT = desviación típica; Mín. = puntuación mínima; Máx. = puntuación máxima.

## **5.4. Relación del envejecimiento exitoso y sus variables predictoras con las características socio-demográficas**

Para estudiar la relación de las variables predictoras del envejecimiento exitoso y el bienestar exitoso en sí mismo, medido a partir de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, con las variables sociodemográficas, se calcularon análisis de varianzas univariados y multivariados y correlaciones de Pearson. A continuación se expondrán los resultados encontrados, agrupados en función de la característica socio-demográfica: sexo, edad, el estado civil, nivel de ingresos, tipo de convivencia, tener o no alguna discapacidad y tener o no alguna enfermedad crónica. Para estudiar las diferencias entre sexos se realizaron diversos análisis

de varianza. En la Tabla 29 se recogen los resultados principales, y en la Tabla 30 los estadísticos descriptivos de los grupos.

**Tabla 29.** Análisis de varianza en función del sexo en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Salud	2	120	.096	.909	.002
Salud física	1	121	.116	.734	.001
Salud mental	1	121	.192	.662	.002
Apoyo social	2	120	.859	.426	.014
Apoyo de familiares	1	121	.738	.392	.006
Apoyo de amigos	1	121	1.679	.197	.014
Autocuidado	3	119	.814	.488	.020
Autocuidado físico	1	121	.592	.443	.005
Autocuidado psicológico	1	121	2.265	.135	.018
Autocuidado social	1	121	1.116	.293	.009
Soledad	2	117	1.482	.231	.025
Soledad emocional	1	118	.001	.994	.000
Soledad social	1	118	2.986	.087	.025
Depresión	1	118	.046	.831	.000
Esperanza	1	118	.968	.327	.008
Espiritualidad	1	117	.072	.788	.001

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

Tal y como se observa en la primera tabla, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en salud, ni en ninguna de sus dimensiones, salud física y salud mental. De hecho, si se observan las medias en ambas dimensiones en la segunda tabla, se pueden observar diferencias mínimas. En cuanto al apoyo social, tampoco el sexo tuvo un efecto estadísticamente significativo, en la media general ni en ninguna de las dimensiones, siendo, de nuevo, las medias de hombres y mujeres muy similares. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en autocuidado, ni en sus tres dimensiones, aunque tal y como puede observarse en la Tabla 29, las medias de los hombres fueron ligeramente superiores. En la misma línea, el sexo no influyó en los niveles de soledad, ni emocional ni social, siendo especialmente similares las medias

de hombres y mujeres en soledad emocional. Finalmente, tampoco el sexo mostró efectos estadísticamente significativos sobre las variables depresión, esperanza ni espiritualidad.

**Tabla 30.** Estadísticos descriptivos de hombres y mujeres en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	Hombres		Mujeres	
	M	DT	M	DT
Salud				
Salud física	2.12	.71	2.17	.80
Salud mental	1.52	.75	1.58	.71
Apoyo social				
Apoyo de familiares	3.08	1.11	3.26	1.17
Apoyo de amigos	3.69	1.05	3.93	1.05
Autocuidado				
Autocuidado físico	3.43	.89	3.30	.88
Autocuidado psicológico	3.55	.80	3.32	.91
Autocuidado social	3.63	.65	3.51	.65
Soledad				
Soledad emocional	2.38	.93	2.38	.80
Soledad social	3.53	.68	3.25	1.06
Depresión	9.97	.54	9.79	.60
Esperanza	4.03	.07	4.14	.08
Espiritualidad	3.58	1.58	3.50	1.42

Notas: M = media; DT = desviación típica.

También se estudió la relación del sexo con la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. De nuevo, en ningún caso la relación fue estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la Tabla 31. Las medias pueden consultarse en la Tabla 32.

**Tabla 31.** Análisis de varianza en función del sexo en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	g <sub>efecto</sub>	g <sub>error</sub>	F	P	$\eta^2$
Satisfacción con la vida	1	118	1.072	.303	.009
Bienestar psicológico	1	118	.065	.798	.001

Notas: g<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; g<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 32.** Estadísticos descriptivos de hombres y mujeres en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	Hombres		Mujeres	
	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	3.80	.76	3.80	.76
Bienestar psicológico	4.11	.46	4.08	.67

Notas: M = media; DT = desviación típica.

Por lo que respecta a las relaciones de la edad con las variables objeto de estudio, esta se relacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la salud mental, el apoyo de familiares y la soledad emocional, mientras que mostró relaciones negativas y estadísticamente significativas con el autocuidado físico, el social y la soledad social (Tabla 33). Esto es, las personas más mayores mostraron mejor salud mental, menos autocuidado en sus dimensiones física y social y, mostraron más apoyo de familiares y tuvieron mayores niveles de soledad social. Es importante recordar que la soledad emocional mide soledad en la misma dirección del rasgo, mientras que la soledad social lo hace de forma invertida, de manera que la relación negativa indica mayor apoyo social. Los tamaños del efecto fueron, en todos los casos, pequeños.

**Tabla 33.** Correlaciones de la edad con las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	Edad
Salud física	.164
Salud mental	.232*
Apoyo de familiares	.180*
Apoyo de amigos	.029
Autocuidado físico	-.253**
Autocuidado psicológico	-.159
Autocuidado social	-.204*
Soledad emocional	.295**
Soledad social	-.185*
Depresión	.121
Esperanza	-.106
Espiritualidad	.002
Satisfacción con la vida	.006

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

<b>Variable</b>	<b>Edad</b>
Bienestar psicológico	-.055

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

En lo que respecta al estado civil, y dado que el tamaño de los grupos de solteros y viudos era relativamente pequeño ( $n = 12$  y  $n = 8$ , respectivamente), estas dos categorías se agruparon en una misma para poder estudiar la relación del estado civil con las variables de interés ( $n = 21$ ).

En un primer lugar, se estudiaron diferencias en las variables predictoras del envejecimiento exitoso en función del estado civil. Tal y como se puede observar en la Tabla 34, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre solteros/viudos, casados y separados/divorciados, ni en ninguna de sus dimensiones, salud física y salud mental. Las medias, que se presentan en la Tabla 35, muestran valores ligeramente inferiores para el grupo de casados, lo que indica mayores niveles de salud física y mental (el cuestionario SF-8 mide falta de salud o cantidad de problemas de salud). Por el contrario, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de apoyo social en función del estado civil, en concreto, en la dimensión de apoyo de amigos. Las pruebas post-hoc apuntaron a diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de solteros/viudos y el de separados/divorciados, siendo mayor el apoyo de amigos percibido por el grupo de solteros/viudos. En el caso del autocuidado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil, ni en sus tres dimensiones, siendo las medidas muy similares (ver Tabla 34). Tampoco en la soledad, ni emocional ni social, influyó el estado civil de forma estadísticamente significativa. Finalmente, tampoco el estado civil mostró efectos estadísticamente significativos sobre la depresión y la esperanza, pero sí sobre la espiritualidad. En concreto, las pruebas a posteriori apuntaron diferencias estadísticamente significativas a favor de los casados por comparación al grupo de separados/divorciados, siendo los primeros quienes tuvieron mayores niveles de espiritualidad.

**Tabla 34.** Análisis de varianza en función del estado civil en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Salud	4	224	.322	.863	.006
Salud física	2	112	.508	.603	.009
Salud mental	2	112	.449	.639	.008
Apoyo social	4	224	2.920	.307	.050
Apoyo de familiares	2	112	1.192	.003	.021
Apoyo de amigos	2	112	6.083	.197	.098
Autocuidado	6	222	.514	.707	.014
Autocuidado físico	2	112	.451	.638	.008
Autocuidado psicológico	2	112	.478	.621	.008
Autocuidado social	2	112	.712	.494	.013
Soledad	4	218	.181	.948	.003
Soledad emocional	2	109	.222	.801	.004
Soledad social	2	109	.144	.866	.003
Depresión	2	109	.549	.579	.010
Esperanza	2	109	.316	.730	.006
Espiritualidad	2	108	.367	.002	.105

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 35.** Estadísticos descriptivos de los participantes en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso en función del estado civil

Variable	Soltero/viudo		Casado		Separado/ divorciado	
	M	DT	M	DT	M	DT
Salud						
Salud física	2.20	.75	2.03	.77	2.15	.65
Salud mental	1.55	.52	1.44	.67	1.56	.71
Apoyo social						
Apoyo de familiares	3.40	1.46	3.21	.92	2.95	1.23
Apoyo de amigos	4.40	.90	3.87	.79	3.45	1.24
Autocuidado						
Autocuidado físico	3.47	.67	3.44	.90	3.29	.86
Autocuidado psicológico	3.31	.84	3.52	.81	3.43	.87
Autocuidado social	3.50	.59	3.65	.55	3.52	.71
Soledad						
Soledad emocional	2.33	.90	2.33	.88	2.45	.89
Soledad social	3.35	1.03	3.45	.81	3.48	.86

Variable	Soltero/viudo		Casado		Separado/ divorciado	
	M	DT	M	DT	M	DT
Depresión	10.55	3.48	9.42	4.59	9.62	3.96
Esperanza	4.12	.26	4.07	.58	4.16	.59
Espiritualidad	3.39	1.48	4.06	1.47	3.01	1.29

Notas: M = media; DT = desviación típica.

También se estudió la relación del estado civil con la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. En ningún caso la relación fue estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la Tabla 36. Las medias pueden consultarse en la Tabla 37.

**Tabla 36.** Análisis de varianza de la satisfacción con la vida y bienestar psicológico en función del estado civil

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Satisfacción con la vida	2	109	.200	.819	.004
Bienestar psicológico	2	109	.366	.694	.007

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 37.** Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la vida y bienestar psicológico en función del estado civil

Variable	Soltero/viudo		Casado		Separado/ divorciado	
	M	DT	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	3.86	.54	3.82	.74	3.91	.73
Bienestar psicológico	4.17	.49	4.05	.61	4.11	.52

Notas: M = media; DT = desviación típica.

Para estudiar la relación de las variables con el nivel de ingresos, y al tratarse esta de una variable ordinal, se realizaron correlaciones de Spearman. Tal y como puede observarse en la Tabla 38, mayores niveles de ingreso correlacionaron de forma estadísticamente significativa con la salud mental, el apoyo de amigos y la soledad social. En concreto, se observó mejor salud mental, más apoyo de amigos y menos soledad social en aquellos participantes

con mayores niveles de ingreso (recuerde el lector que tanto la salud mental como la soledad social evalúan falta de rasgo).

**Tabla 38.** Correlaciones del nivel de ingresos con las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Edad</b>
Salud física	-.166
Salud mental	-.253*
Apoyo de familiares	.155
Apoyo de amigos	.269**
Autocuidado físico	.094
Autocuidado psicológico	-.060
Autocuidado social	.182
Soledad emocional	-.173
Soledad social	.260**
Depresión	-.142
Esperanza	.187
Espiritualidad	.118
Satisfacción con la vida	.024
Bienestar psicológico	.115

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Para estudiar la relación entre las variables objeto de estudio y el tipo de convivencia, y dado que algunas de las categorías observadas tenían un bajo  $n$  (por ejemplo, viviendo con familiares  $n = 15$ , o viviendo con amigos  $n = 8$ ), se recodificó esta variable en dos categorías: viviendo solo ( $n = 50$ ) vs. viviendo en compañía ( $n = 78$ ). Una vez recodificados, se llevaron a cabo análisis de varianza, tanto univariados como multivariados, para estudiar posibles diferencias de medias en las variables. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de salud, ni en sus dimensiones, tampoco en apoyo social ni sus dimensiones, en autocuidado ni en sus dimensiones, ni en soledad emocional ni social (Tabla 39). En cuanto a los ANOVAs univariados, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión ni de esperanza disposicional, pero sí en los de espiritualidad. Como se ve en la Tabla 40, las medias fueron superiores para el grupo que vivía en compañía.

**Tabla 39.** Análisis de varianza en función de la convivencia en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Salud	2	119	.538	.585	.009
Salud física	1	120	.914	.341	.008
Salud mental	1	120	.197	.658	.002
Apoyo social	2	119	1.311	.274	.022
Apoyo de familiares	1	120	1.855	.176	.015
Apoyo de amigos	1	120	2.070	.153	.017
Autocuidado	3	118	.170	.917	.004
Autocuidado físico	1	120	.183	.669	.002
Autocuidado psicológico	1	120	.001	.970	.000
Autocuidado social	1	120	.395	.531	.003
Soledad	2	116	.103	.902	.002
Soledad emocional	1	117	.000	.992	.000
Soledad social	1	117	.209	.649	.002
Depresión	1	117	.314	.576	.003
Esperanza	1	117	.037	.849	.000
Espiritualidad	1	116	10.787	.001	.085

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 40.** Estadísticos descriptivos en función del tipo de convivencia en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	Vive en compañía		Vive solo/a	
	M	DT	M	DT
Salud				
Salud física	2.08	.78	2.22	.70
Salud mental	1.50	.74	1.56	.68
Apoyo social				
Apoyo de familiares	3.29	1.03	3.01	1.25
Apoyo de amigos	3.93	.82	3.65	1.25
Autocuidado				
Autocuidado físico	3.42	.82	3.35	.92
Autocuidado psicológico	3.47	.86	3.47	.79
Autocuidado social	3.63	.56	3.56	.67
Soledad				
Soledad emocional	2.37	.86	2.36	.88
Soledad social	3.43	.84	3.35	.94

Variable	Vive en compañía		Vive solo/a	
	M	DT	M	DT
Depresión	10.01	5.11	9.55	2.92
Esperanza	4.09	.63	4.07	.55
Espiritualidad	3.90	1.49	3.00	1.39

Notas: M = media; DT = desviación típica.

También se estudió la relación entre vivir solo o en compañía con los indicadores del envejecimiento exitoso: la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. En ningún caso la relación fue estadísticamente significativa, tal y como se muestra en la Tabla 41. Las medias pueden consultarse en la Tabla 42.

**Tabla 41.** Análisis de varianza en función de la convivencia en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Satisfacción con la vida	1	117	.020	.888	.000
Bienestar psicológico	1	117	.077	.782	.001

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 42.** Estadísticos descriptivos en función del tipo de convivencia en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	Vive en compañía		Vive solo/a	
	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	3.88	.74	3.86	.66
Bienestar psicológico	4.08	.60	4.11	.51

Notas: M = media; DT = desviación típica.

Para conocer la influencia de sufrir alguna discapacidad sobre las variables objeto de estudio, se realizaron de nuevo diversos análisis de varianza, uni y multivariados. Los resultados apuntaron diferencias estadísticamente significativas en salud, en concreto, en salud física, siendo mayores los niveles en aquellos participantes sin discapacidad (véase Tabla 43 para las pruebas de contraste y Tabla 44 para los estadísticos descriptivos; recuerde el lector que la escala de salud mide falta de salud). El tamaño del

efecto puede considerarse medio. En cuanto al apoyo social, este no mostró diferencias estadísticamente significativas, ni tampoco sus dimensiones. De la misma forma, tampoco se encontraron tales diferencias en la variable autocuidado ni en sus dimensiones, en soledad ni en sus dimensiones, en depresión, esperanza, ni espiritualidad.

**Tabla 43.** Análisis de varianza en función de contar o no con una discapacidad en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

<b>Variable</b>	<b>gl<sub>efecto</sub></b>	<b>gl<sub>error</sub></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>η<sup>2</sup></b>
Salud	2	118	12.011	< .001	.169
Salud física	1	119	16.660	< .001	.123
Salud mental	1	119	1.685	.197	.014
Apoyo social	2	118	1.713	.185	.028
Apoyo de familiares	1	119	1.066	.304	.009
Apoyo de amigos	1	119	.566	.453	.005
Autocuidado	3	117	.481	.696	.012
Autocuidado físico	1	119	.345	.558	.003
Autocuidado psicológico	1	119	.381	.538	.003
Autocuidado social	1	119	.286	.594	.002
Soledad	2	115	.372	.690	.006
Soledad emocional	1	116	.700	.404	.006
Soledad social	1	116	.062	.803	.001
Depresión	1	116	.948	.332	.008
Esperanza	1	116	3.247	.074	.027
Espiritualidad	1	116	1.777	.185	.015

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 44.** Estadísticos descriptivos de las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso en función de si los participantes contaban o no con una discapacidad

<b>Variable</b>	<b>Con discapacidad</b>		<b>Sin discapacidad</b>	
	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
Salud				
Salud física	2.68	.82	2.02	.67
Salud mental	1.72	.80	1.50	.71
Apoyo social				
Apoyo de familiares	2.95	1,23	3.22	1.09

Variable	Con discapacidad		Sin discapacidad	
	M	DT	M	DT
Apoyo de amigos	3.93	1,12	3.74	1.03
Autocuidado				
Autocuidado físico	3.29	.65	3.41	.93
Autocuidado psicológico	3.55	.69	3.43	.90
Autocuidado social	3.52	.51	3.60	.68
Soledad				
Soledad emocional	2.24	.85	2.41	.86
Soledad social	3.36	.98	3.41	.86
Depresión	10.69	6.13	9.69	3.91
Esperanza	3.87	.71	4.12	.56
Espiritualidad	3.17	1.41	3.64	1.53

Notas: M = media; DT = desviación típica.

También se estudió posibles diferencias en los niveles de satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en función de si los participantes tenían o no alguna discapacidad. Mientras que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con la vida, sí las hubo en los niveles de bienestar psicológico (ver Tabla 45). Específicamente, y tal y como se muestra en la Tabla 46, las personas sin discapacidad mostraron mayores niveles de bienestar psicológico, siendo el tamaño de estas diferencias pequeño.

**Tabla 45.** Análisis de varianza en función de contar o no con una discapacidad en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Satisfacción con la vida	1	116	1.389	.241	.012
Bienestar psicológico	1	116	5.963	.016	.049

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 46.** Estadísticos descriptivos de satisfacción con la vida y bienestar psicológico en función de si los participantes contaban o no con una discapacidad

Variable	Con discapacidad		Sin discapacidad	
	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	3.70	.88	3.90	.67
Bienestar psicológico	3.84	.82	4.15	.47

Notas: M = media; DT = desviación típica.

Finalmente, estos mismos análisis se llevaron a cabo utilizando como variable independiente la presencia o ausencia de enfermedades crónicas. Los resultados apuntaron diferencias estadísticamente significativas en salud, tanto en el caso de la salud física como de la salud mental. En ambos casos, fueron mayores los niveles de salud en aquellos participantes sin discapacidad, siendo el efecto de tamaño medio para el caso de la salud física y de tamaño pequeño en el caso de la salud mental (véase Tabla 47 para las pruebas de contraste y Tabla 48 para los estadísticos descriptivos; recuerde el lector que la escala de salud mide falta de salud). En cuanto al apoyo social, este no mostró diferencias estadísticamente significativas, ni tampoco sus dimensiones. De la misma forma, tampoco se encontraron tales diferencias en la variable autocuidado ni en sus dimensiones, en soledad ni en sus dimensiones, en esperanza, ni espiritualidad. Sin embargo, sí las hubo en depresión, con mayores niveles de depresión en los participantes con enfermedades crónicas, aunque de pequeño tamaño.

**Tabla 47.** Análisis de varianza en función de si los participantes sufrían o no enfermedades crónicas, en las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	g <sub>efecto</sub>	g <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Salud	2	120	10.916	< .001	.154
Salud física	1	119	21.895	< .001	.153
Salud mental	1	119	12.746	.001	.095
Apoyo social	2	120	.065	.937	.001
Apoyo de familiares	1	119	.130	.719	.001
Apoyo de amigos	1	119	.024	.876	.000
Autocuidado	3	119	.286	.835	.007

<b>Variable</b>	<b>gl<sub>efecto</sub></b>	<b>gl<sub>error</sub></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math></b>
Autocuidado físico	1	121	.255	.615	.002
Autocuidado psicológico	1	121	.236	.628	.002
Autocuidado social	1	121	.864	.355	.007
Soledad	2	117	.526	.593	.009
Soledad emocional	1	118	1.052	.307	.009
Soledad social	1	118	.015	.902	.000
Depresión	1	118	3.920	.050	.032
Esperanza	1	118	3.321	.071	.027
Espiritualidad	1	117	.276	.601	.02

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 48.** Estadísticos descriptivos de las distintas variables predictoras del envejecimiento exitoso en función de si los participantes sufrían o no enfermedades crónicas

<b>Variable</b>	<b>Con enfermedades crónicas</b>		<b>Sin enfermedades crónicas</b>	
	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
Salud				
Salud física	2.81	.85	2.01	.66
Salud mental	2.05	.99	1.44	.62
Apoyo social				
Apoyo de familiares	3.25	1.30	3.14	1.11
Apoyo de amigos	3.83	1.11	3.79	1.04
Autocuidado				
Autocuidado físico	3.28	.86	3.39	.89
Autocuidado psicológico	3.36	.99	3.46	.83
Autocuidado social	3.45	.77	3.60	.62
Soledad				
Soledad emocional	2.20	.93	2.42	.86
Soledad social	3.38	1.03	3.41	.85
Depresión	11.65	7.49	9.54	3.43
Esperanza	3.86	.77	4.12	.55
Espiritualidad	3.38	1.70	3.57	1.47

Notas: M = media; DT = desviación típica.

También se estudió posibles diferencias en los niveles de satisfacción con la vida y el bienestar psicológico en función de si los participantes

padecían alguna enfermedad crónica o no. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con la vida, ni en los niveles de bienestar psicológico (véase Tabla 49 para las pruebas de contraste y Tabla 50 para los estadísticos descriptivos).

**Tabla 49.** Análisis de varianza en función de si los participantes sufrían o no enfermedades crónicas, en satisfacción con la vida y bienestar psicológico

Variable	gl <sub>efecto</sub>	gl <sub>error</sub>	F	p	$\eta^2$
Satisfacción con la vida	1	118	.750	.388	.006
Bienestar psicológico	1	118	.044	.833	.000

Notas: gl<sub>efecto</sub> = grados de libertad del efecto; gl<sub>error</sub> = grados de libertad del error.

**Tabla 50.** Estadísticos descriptivos de satisfacción con la vida y bienestar psicológico en función de si los participantes sufrían o no enfermedades crónicas

Variable	Con enfermedades crónicas		Sin enfermedades crónicas	
	M	DT	M	DT
Satisfacción con la vida	3.74	.90	3.89	.67
Bienestar psicológico	4.12	.62	4.09	.55

Notas: M = media; DT = desviación típica.

## **5.5. Relación del envejecimiento exitoso y sus variables predictoras con las características relativas al proceso de migración**

En este apartado se presentan los resultados de las correlaciones entre las dimensiones de salud, apoyo social, autocuidado, soledad, depresión, esperanza disposicional, espiritualidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico con variables relacionadas con el proceso de migración, en concreto: el tiempo que los participantes llevaban residiendo en Cuenca y las variables objeto de estudio, la suficiencia de los ingresos para residir confortablemente en Cuenca, la amigabilidad de la gente, la valoración media del vecindario y la valoración general de Cuenca. No se pudo incluir la

variable dominio del idioma (español), dado que el grupo que no hablaba español era muy reducido, tal y como se ha visto en apartados anteriores.

Tal y como se muestra en la Tabla 51, en lo que respecta al tiempo residiendo en Cuenca, los resultados apuntaron relaciones estadísticamente significativas y positivas entre el tiempo viviendo en Cuenca y el autocuidado físico y el autocuidado social, y negativas entre el tiempo residiendo en Cuenca y la salud física, la salud mental y la soledad emocional. Esto es, los participantes que residían más tiempo en Cuenca mostraron mejor salud, tanto física como mental (recordemos que la escala evalúa falta de salud), más niveles de autocuidado físico y social y menos soledad emocional. El mayor efecto encontrado fue en el caso de la salud mental, con un efecto casi medio, seguido de la relación encontrada entre tiempo residiendo y soledad emocional.

En cuanto a la capacidad de vivir confortablemente con los ingresos de los participantes, su relación con las variables objeto de estudio se analizó mediante correlaciones de Spearman. Los resultados apuntaron una relación con la salud mental, el apoyo de amigos y la soledad social: mayores niveles de salud mental, apoyo de amigos y menor soledad social se encontraron en aquellas personas que percibían que sus ingresos eran suficientes para vivir cómodamente en Cuenca, tal y como se puede observar en la Tabla 52. Nótese que es el mismo patrón que el encontrado en las relaciones con el nivel de ingresos, expuesto en el apartado 5.4.

**Tabla 51.** Correlaciones entre el tiempo viviendo en Cuenca y las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Tiempo residiendo en Cuenca</b>
Salud física	-.220*
Salud mental	-.378**
Apoyo de familiares	-.095
Apoyo de amigos	.095
Autocuidado físico	.187*

*Envejecimiento exitoso en adultos mayores migrantes*

<b>Variable</b>	<b>Tiempo residiendo en Cuenca</b>
Autocuidado psicológico	-.012
Autocuidado social	.289**
Soledad emocional	-.307**
Soledad social	.161
Depresión	-.170
Esperanza	.049
Espiritualidad	.060
Satisfacción con la vida	-.039
Bienestar psicológico	.041

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

**Tabla 52.** Correlaciones entre vivir confortablemente con los ingresos y las variables predictoras y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Vida confortable/ingresos</b>
Salud física	-.166
Salud mental	-.253*
Apoyo de familiares	.155
Apoyo de amigos	.269**
Autocuidado físico	.094
Autocuidado psicológico	-.060
Autocuidado social	.182
Soledad emocional	-.173
Soledad social	.260**
Depresión	-.142
Esperanza	.187
Espiritualidad	.118
Satisfacción con la vida	.024
Bienestar psicológico	.115

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Para estudiar las relaciones entre la amigabilidad de la gente y las variables psicosociales se utilizaron, de nuevo, correlaciones de Spearman. En este caso, mejores valoraciones de las características del vecindario se relacionaron con mayor apoyo de amigos, mayor autocuidado social, menores niveles de soledad social, mayores niveles de esperanza y mayores niveles de envejecimiento exitoso, tanto en lo que se refiere a satisfacción con la vida como a bienestar psicológico (véase Tabla 53).

**Tabla 53.** Correlaciones entre la amigabilidad percibida de la gente y las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Amigabilidad de la gente</b>
Salud física	-.069
Salud mental	-.067
Apoyo de familiares	.155
Apoyo de amigos	.256**
Autocuidado físico	.112
Autocuidado psicológico	-.035
Autocuidado social	.245**
Soledad emocional	-.161
Soledad social	.192*
Depresión	.060
Esperanza	.239**
Espiritualidad	.095
Satisfacción con la vida	.181*
Bienestar psicológico	.202*

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Para estudiar la relación de las variables psicosociales con las valoraciones de las características del vecindario, se calculó la media de las 24 características del vecindario evaluadas, y esta media se correlacionó con las variables objeto de estudio mediante correlaciones de Pearson. Los resultados apuntaron una relación positiva con apoyo de familiares, exclusivamente (ver Tabla 54).

**Tabla 54.** Correlaciones entre las características del vecindario y las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Características del vecindario</b>
Salud física	-.148
Salud mental	-.008
Apoyo de familiares	.227*
Apoyo de amigos	.080
Autocuidado físico	-.009
Autocuidado psicológico	.084

<b>Variable</b>	<b>Características del vecindario</b>
Autocuidado social	.105
Soledad emocional	-.079
Soledad social	.040
Depresión	-.052
Esperanza	.090
Espiritualidad	.160
Satisfacción con la vida	.055
Bienestar psicológico	.107

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Por último, se estudió la relación entre la valoración general de Cuenca y las variables psicosociales, mediante correlaciones de Spearman. Aquellos que valoraron mejor Cuenca mostraron mejor salud, tanto física como mental, menor soledad emocional y menor depresión, tal y como se muestra en la Tabla 55.

**Tabla 55.** Correlaciones entre la valoración general de Cuenca y las variables predictoras del envejecimiento exitoso y la satisfacción con la vida y bienestar psicológico

<b>Variable</b>	<b>Valoración general de Cuenca</b>
Salud física	-.227 *
Salud mental	-.320**
Apoyo de familiares	-.091
Apoyo de amigos	.041
Autocuidado físico	.082
Autocuidado psicológico	.077
Autocuidado social	.150
Soledad emocional	-.196*
Soledad social	.169
Depresión	-.302**
Esperanza	.127
Espiritualidad	.137
Satisfacción con la vida	.108
Bienestar psicológico	.088

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

## 5.5. Predicción del bienestar exitoso a partir de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico

En primer lugar se estudió de forma bivariada las relaciones entre el envejecimiento exitoso, en sus dos indicadores, satisfacción con la vida y bienestar psicológico, y el resto de variables predictoras: salud, apoyo social, autocuidado, soledad, depresión, esperanza disposicional y experiencias espirituales.

Las correlaciones de Pearson, que pueden consultarse en la Tabla 56, apuntaron mayores niveles de satisfacción con la vida en aquellas personas con mejor salud mental, mayor autocuidado psicológico y social, menor depresión y mayor esperanza disposicional. En cuanto al bienestar psicológico, este fue mayor en aquellos participantes con mejor salud física y mental, mayor apoyo de familiares, mayor autocuidado, en todas sus dimensiones, menor soledad social, mayor esperanza disposicional y mayor espiritualidad.

**Tabla 56.** Correlaciones entre la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico y las variables predictoras del envejecimiento exitoso

Variable	Satisfacción con la vida	Bienestar psicológico
Salud física	-.154	-.240**
Salud mental	-.224*	-.248**
Apoyo de familiares	.139	.222*
Apoyo de amigos	.171	.151
Autocuidado físico	.131	.281**
Autocuidado psicológico	.187*	.231*
Autocuidado social	.289**	.367**
Soledad emocional	-.175	-.151
Soledad social	.210*	.302**
Depresión	-.448**	-.148
Esperanza	.604**	.525**
Espiritualidad	.066	.210*

Notas: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Una vez recogida la evidencia bivariada, se puso a prueba un modelo de ecuaciones estructurales, para predecir las dos dimensiones del

envejecimiento exitoso evaluadas en esta investigación: la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico. De manera a priori y a partir de la evidencia recogida por Oliver et al. (2015), se probó un modelo de mediación completa, en el que las variables salud física, salud mental, apoyo de familiares, apoyo de amigos, autocuidado físico, autocuidado psicológico, autocuidado social, soledad emocional, soledad social, depresión y espiritualidad, predecían la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, siendo la esperanza la variable mediadora.

Los resultados del modelo mostraron un ajuste general adecuado:  $\chi^2(218) = 340,046$  ( $p < .001$ ), CFI = .950, RMSEA = .067 [.053-.081], SRMR = .073. En cuanto al ajuste analítico, y tal y como puede observarse en la Figura 5, los resultados apuntaron mayores niveles de esperanza en aquellas personas mayores con menores niveles de depresión y de soledad emocional, y mayores niveles de soledad social (nótese que esta variable evalúa falta de soledad) y autocuidado social. El resto de variables no mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre la esperanza. En cuanto a las relaciones predictivas de la esperanza sobre la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, estas fueron las esperadas, positivas, altas y estadísticamente significativas, siendo ambas de idéntico tamaño.

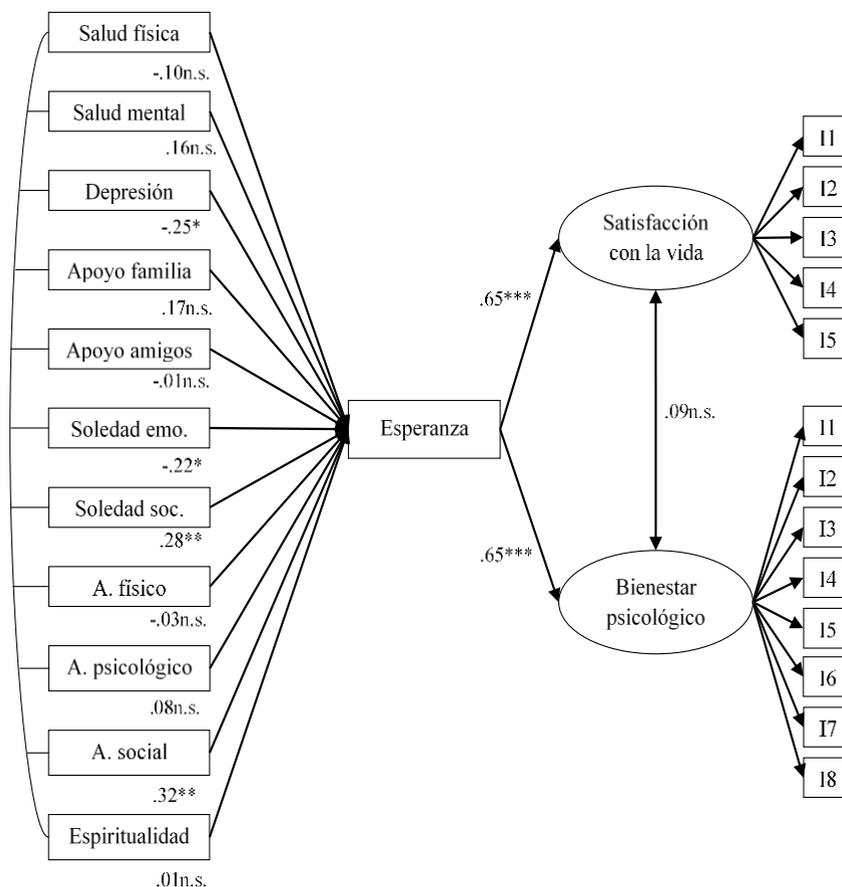


Figura 5. Resultados del modelo de mediación para la predicción del envejecimiento con éxito

Notas: \* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

En la Tabla 57 pueden consultarse las saturaciones factoriales correspondientes a la parte de medida del modelo.

Tabla 57. Saturaciones factoriales en el modelo predictivo de envejecimiento con éxito

<b>Variable observada</b>	<b>Saturación factorial</b>
Ítem 1 (satisfacción con la vida)	.895
Ítem 2 (satisfacción con la vida)	.938
Ítem 3 (satisfacción con la vida)	.935
Ítem 4 (satisfacción con la vida)	.950
Ítem 5 (satisfacción con la vida)	.635
Ítem 1 (bienestar psicológico)	.821
Ítem 2 (bienestar psicológico)	.709
Ítem 3 (bienestar psicológico)	.763
Ítem 4 (bienestar psicológico)	.589
Ítem 5 (bienestar psicológico)	.841
Ítem 6 (bienestar psicológico)	.732
Ítem 7 (bienestar psicológico)	.891
Ítem 8 (bienestar psicológico)	.742

Notas: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ( $p < ,001$ ).

El modelo consiguió explicar un 42.6% de la satisfacción con la vida y un 41.9% del bienestar psicológico.

*Eva Karina Peña Contreras*

## **6. Discusión**

El presente estudio se centra en el envejecimiento exitoso y las características sociodemográficas de los adultos mayores migrantes en la ciudad de Cuenca (Ecuador), que han venido a disfrutar de sus años de retiro, considerándose como uno de los paraísos para las personas que gozan de una pensión para vivir. Un factor relevante para iniciar la discusión de los resultados es el considerar que según el informe de censos del año 2010 (Villacís y Carrilo, 2011), el Ecuador, como otros países Latinoamericanos carecen de una cultura estadística sólida. Es así como la ausencia de información demográfica oportuna y la falta de interés por obtenerla, afecta a los procesos de toma de decisión y muchas veces hace que las acciones políticas estén alejadas de la realidad. Un ejemplo en nuestro ámbito de trabajo es que la población registrada de migrantes de la tercera edad para el año 2018 (INEC), fue de 238 personas, a pesar de que en fuentes no oficiales se habla de 2.850 o 1.000 personas.

En estas páginas se discute sobre las teorías revisadas para describir el envejecimiento exitoso, la migración, los criterios de ciudad amigable, y los valores psicométricos de fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados. Toda esa información, obtenida con un determinado rigor y garantías, así como las diversas relaciones encontradas en las variables que componen el

enfoque de este trabajo, permiten plantear y poner a prueba un modelo estructural explicativo.

En cuanto a los sistemas de medición utilizados en este estudio, se comprobó la estructura interna de las escalas, por métodos más clásicos de cálculo de consistencia interna como alfa, y también por aquellos derivados de los modelos de análisis confirmatorio. La bondad de ajuste se abordó con medidas como chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y su probabilidad, índice de ajuste comparativo (CFI), error de aproximación de la media cuadrática (RMSEA), la raíz cuadrada del valor medio de los cuadrados (SRMR) y saturaciones factoriales de los ítems.

Las escalas utilizadas en este estudio tuvieron buenos resultados en cuanto a la estructura interna, el ajuste la fiabilidad y la validez. Únicamente en la Escala de Autocuidado (Galiana et al. 2015) se observó una saturación de pequeño tamaño en el caso del ítem 9, este ítem se refiere principalmente a la actividad laboral, y se decidió eliminarlo. Se trata de una limitación el no haber utilizado la versión posterior de la escala, que en ese momento estaba en proceso de adaptación y validación para población mayor (Campos et al, 2018). Sin embargo a pesar de esta limitación el ajuste de la escala al final resultó adecuado. Por lo que se concluye que las herramientas seleccionadas para la recolección de datos cumplían con el objeto de evaluación para el que fueron designadas.

En cuanto a los resultados obtenidos, para alcanzar los objetivos de esta parte del estudio, se llevaron a cabo estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio, como medias, desviaciones, puntuaciones mínimas y máximas de las distintas variables que en la literatura científica se han mostrado relevantes para la predicción del bienestar y satisfacción con la vida de las personas mayores.

Se parte de lineamientos que proponen que el envejecimiento es un proceso natural, progresivo, e ineludible, en el que se producen cambios y deterioro en varios niveles (Muñoz, 2002), pero no necesariamente está

asociado a la enfermedad (Calatayud, Gutiérrez y Tomás, 2016), sino a un proceso en donde se pone de relieve la capacidad de adaptación de forma progresiva (Cobos, 2009) a los cambios que son concomitantes con la edad. En la muestra de adultos mayores de este estudio vemos que los participantes además de poseer esta adaptación para consigo mismos, también está presente para con el medio, ya que el hecho de decidir migrar a un país “desconocido” muestra también “entereza” psicológica que les permite vivir de manera positiva sus “años dorados”, en donde desde la teoría de la actividad, se señala que un envejecimiento adecuado está presente con el mantenimiento de las relaciones sociales y la actividad, las cuales están relacionadas con la adaptación y la satisfacción con la vida en las personas de la tercera edad, ya que los resultados del estudio apuntaron que los participantes que residían más tiempo en Cuenca mostraron mejor salud, tanto física como mental, más niveles de autocuidado físico y social y menos soledad emocional. Coincidiendo estos resultados con las teorías del envejecimiento exitoso que resaltan puntos importantes en los que se incluyen el bienestar físico, la función cognitiva la participación en la vida social (factores incluidos en el modelo de Lee, Lan y Yen como primordiales del envejecimiento exitoso (2011)) y en las actividades productivas. En ese contexto se definen tres pilares fundamentales interrelacionados: tener baja probabilidad de sufrir una enfermedad y/o tener discapacidad, gozar de alta capacidad cognitiva y física, y mantener alto compromiso con la vida (Rowe & Kahn, 1977), además de la autopercepción positiva tanto física, como mentalmente (Parslow, Lewis y Nay, 2011) condiciones reflejadas en la muestra de esta tesis doctoral.

En relación al nivel económico, los participantes indicaron que sus ingresos les permitían vivir cómodamente en comparación al nivel del costo de vida en la ciudad. Ello coincide con la propuesta teórica de la migración “Push-pull” (Castles & Miller, 2013) que nos habla de la expulsión de las personas de su lugar de origen porque encuentran en otros lugares mejores oportunidades y calidad de vida, además de estar en concordancia con los resultados de Delgado (2014) en donde afirma que la depreciación de los

bienes en Norteamérica, es la principal razón para que a las personas de la tercera edad decidan migrar.

Los resultados apuntaron una relación de la salud mental, el apoyo de amigos y la soledad social: mayores niveles de salud mental, apoyo de amigos y menor soledad social se encontraron en aquellas personas que percibían que sus ingresos eran suficientes para vivir cómodamente en Cuenca, siendo este el mismo patrón que el encontrado en las relaciones con el nivel de ingresos, entonces podemos afirmar que los ingresos económicos resultan facilitadores para que las personas tengan acceso a recursos que promueven la salud (Galobardes, et al. 2006) en general, se concluye que mayores niveles de ingresos económicos representan mejor salud mental, más apoyo de amigos y menos soledad social en aquellos participantes con mayores niveles de ingreso, en un estudio con adultos mayores de Costa Rica entre los factores que se identificaron como predictores del envejecimiento exitoso estaba el nivel socioeconómico, respaldando los hallazgos de nuestro estudio (Molina, 2010).

La teoría de los enfoques multidisciplinarios de la migración de Castles y Miller (2013) respalda la visión de encontrar factores sociales favorecedores, y la teoría transnacional, menciona el desarrollo estructural de las sociedades que permite nuevas tecnologías para que los migrantes mantengan el contacto con su lugar de origen, lo cual apoya a las respuestas de la población estudiada en donde se consideraban que la gente Cuencana era amistosa, y también como los factores económicos ambientales y estructurales son relevantes a la hora de encontrar un destino migratorio, y este estudio encontramos algunos de los cuales coinciden con los criterios de la Guía “Global Age-friendly Cities” (OMS, 2007).

Es así que basados en la planificación urbanística como características de residencia, calidad de vida, participación del consumidor, y planificación estratégica que hacen de una ciudad amigable, los migrantes califican a la ciudad de Cuenca como “buena” para vivir en varios aspectos como, transporte, admisión a eventos públicos, comunidad inclusiva, buena

distribución de los servicios socio sanitarios, infraestructuras, y señal ética, señalando también como se mostró en los resultados, que las estructuras para personas con discapacidad así como la ubicación y el número de baños públicos debían ser mejorados. Cuando se estudió la relación entre la valoración general de Cuenca y las variables psicosociales, aquellos que valoraron mejor Cuenca mostraron mejor salud, tanto física como mental, menor soledad emocional y menor depresión; cabe destacar que los adultos mayores (especialmente los que han migrado de los Estados Unidos de América) han formado grandes estructuras sociales (organizaciones, clubs, hermandades), las cuales sirven como apoyo y también les proporcionan espacios de diversión y entretenimiento. Estos hallazgos apoyan la Hipótesis 1 de este estudio: *“La percepción de mayores características de “ciudad amigable” en el lugar de residencia se relacionarán con niveles altos de envejecimiento exitoso, esto es, los migrantes de la tercera edad residentes en la ciudad de Cuenca de Ecuador que perciban esta ciudad como ciudad amigable, tendrán mayores niveles de bienestar psicológico y satisfacción con la vida”*.

En cuanto a los niveles de soledad emocional, estos fueron medio-bajos en la población de migrantes de este estudio, así como los niveles de depresión (bajos), mientras que los niveles de esperanza fueron altos, confirmándose de acuerdo a estos valores la propuesta de que la esperanza 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) así como en la integridad psicológica (Banks, Breeze, Lessof, y Nazroo, 2016).

Los datos obtenidos en esta parte de la encuesta revelaron también que la mayoría de migrantes hablaban o bien estaban aprendiendo el idioma español, demostrándose que el idioma no resulta una barrera para elegir un destino migratorio en las personas de la tercera edad.

Las medias en salud de la población estudiada se resumen en que la muestra se percibe con buena salud, altos niveles de salud mental y niveles medio-altos de salud física. Se explican estos hallazgos desde el modelo

tradicional del envejecimiento exitoso que enfatiza en el hecho de la prevención de enfermedades físicas ya que estas representan a la mala salud funcional (Fries, 2002) se consideran estos resultados como esperables, ya que la acción de migrar requiere de capacidad y salud física que permitan a la persona adaptarse a una nueva sociedad y muchas veces a un nuevo estilo de vida. Según Mella y otros, la percepción de la salud en el adulto mayor está influida por su salud mental y capacidad funcional, constituyéndose la salud como un constructo asociado a variables psicológicas como la autoestima, la satisfacción con la vida y la depresión (Mella et al., 2004).

El aporte de los modelos alternativos de envejecimiento considera aspectos como la esperanza, la espiritualidad la satisfacción con la vida factores favorables para el envejecimiento, variables consideradas en este estudio, así como algunas investigaciones que abarcan el hecho de que la autopercepción del envejecer incluyen en la definición de éxito: salud mental, psicológica, física, movilidad y recursos, satisfacción de vida, tener un sentido y un propósito, seguridad financiera, aprender nuevas cosas, logros, mantenimiento de la apariencia física, productividad, contribución con la vida, sentido del humor y espiritualidad, variables que en muchas ocasiones no son adecuadamente captadas por los modelos teóricos (Bowling y Dieppe, 2005).

En nuestra población de estudio, los niveles de apoyo social, los niveles de apoyo de familiares fueron medios, pero el apoyo de amigos resultó con valores superiores, lo cual concuerda con el hecho de que las familias de los migrantes residen en su gran mayoría en el exterior, es decir estas personas han migrado con sus parejas (sin hijos) o en grupos de amigos, según información que se pudo verificar cualitativamente con las personas en los momentos en lo que se les aplicaba la encuesta, afirmando el que la red social más fuerte en este grupo, son los amigos, ante esto la evidencia empírica sugiere que la calidad de vida está estrechamente ligada a las redes de apoyo en las personas mayores, no solamente por ser proveedoras de recursos materiales, sino por el significado que brindan emocionalmente a las personas, ya que constituyen un elemento clave de apoyo afectivo para mantener la

calidad de vida y mejorarla (Huenchuan, Guzmán, & Montes, 2003). En torno a este tema cuando se buscó la relación de las variables psicosociales con las valoraciones de las características del vecindario, apuntaron una relación positiva con apoyo de familiares, exclusivamente.

El autocuidado está relacionado con las actividades que promueven la salud, previenen o limitan la enfermedad o restauran la salud tras la enfermedad (Campos, Oliver, Tomás, Galiana y Gutiérrez, 2018). En la población de migrantes de adultos mayores se encontraron niveles medios en las tres dimensiones de autocuidado: físico, psicológico y social, la literatura nos dice que las personas con enfermedades crónicas responsables en el mantenimiento de su salud, practican el autocuidado al aceptar su condición y disfrutar de la vida a pesar de las limitaciones causadas por su enfermedad (Berman & Iris, 1998). En la muestra de este estudio cuando se correlacionan diferentes variables, las mejores valoraciones de las características del vecindario se relacionaron con mayor apoyo de amigos, mayor autocuidado social, menores niveles de soledad social, mayores niveles de esperanza y mayores niveles de envejecimiento exitoso, tanto en lo que se refiere a satisfacción con la vida como a bienestar psicológico.

Los niveles de espiritualidad encontrados en la población de migrantes en Cuenca fueron medios, e interesa ponerlo en relación con los hallazgos de Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho y Oliver (2016) quienes en una muestra española proponen un modelo predictor de bienestar en el envejecimiento y sus resultados indican que una buena salud física, la dimensión social (como cantidad de apoyo social), y la espiritualidad son primordiales para envejecer exitosamente, resaltando el hecho de que el ser espiritual no necesariamente está relacionado con el ser religioso (Green, Benschhoff & Harris, 2001) y respaldando el hecho de que la espiritualidad se relaciona con la mejora del estado subjetivo de bienestar (Ellison, 1991), así como la reducción de los niveles de depresión y estrés (Williams, Larson, Buckler, Heckman y Pyle, 1991) y también con el incremento de esperanza de vida (Levin, 1996).

En cuanto al bienestar y a la satisfacción con la vida de las personas mayores emigrantes de Cuenca, los niveles fueron medio-altos, mostrando que el bienestar psicológico en adultos mayores se relaciona con el apoyo social percibido en mayor proporción que con la percepción de la salud, coincidiendo esta afirmación con los resultados analizados hasta este punto (Vivaldi y Barra, 2012).

En cuanto al sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en salud, ni en ninguna de sus dimensiones, salud física y salud mental, apoyo social, autocuidado, nivel de soledad, depresión, esperanza, espiritualidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

Si se observan las medias presentadas en el capítulo anterior: satisfacción con la vida y bienestar psicológico, se pueden observar diferencias mínimas, que apoyan los resultados de estudios como el de Navarro-Gonzales, San Juan y Abarca (2017) realizado en adultos mayores para conocer factores asociados al envejecimiento exitoso. En este estudio se detectan diferencias significativas en variables relacionadas con aspectos diversos, como lo socioeconómico, el funcionamiento cognitivo, el nivel de dependencia, y la calidad de vida, pero tampoco el sexo introduce diferencias significativas. En contraste hay otros estudios que objetan lo contrario, en Chile por ejemplo, los hombres presentaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de la salud que las mujeres (Vivaldi, Flavia, y Barra, Enrique, 2012), y en oposición a este Deep y Jeste (2006) en una revisión de un estudio longitudinal encontraron que el 50% de estos mostraron que el sexo femenino experimenta mayores niveles de envejecimiento exitoso que los hombres, en conclusión, los resultados para esta variable son muy diferentes, lo que nos lleva a pensar en otras variables no contempladas en estos estudios que pueden influir de manera significativa.

En cuanto a la relación de la edad con las variables del estudio, las que fueron positivas y estadísticamente significativas fueron la salud mental, apoyo de familiares y soledad emocional, esto indica que las personas “más”

mayores mostraron mejor salud mental, menos autocuidado en sus dimensiones física y social, más apoyo de familiares, pero también tenían mayores niveles de soledad emocional. En lo que respecta a las relaciones de la edad con las variables objeto de estudio en relación negativa y significativa están el autocuidado físico, el autocuidado social y la soledad social siendo esta última invertida, lo que indica mayor soledad social.

Es importante recalcar que si bien culturalmente la soledad es considerada como un sentimiento negativo Rubio (2004), señala que las concepciones de la soledad se dan en dos dimensiones, que suponen el sentirse solo, o el vivir solo, no siendo necesariamente negativos estos sentimientos.

En lo que respecta al estado civil, y dado que el tamaño de los grupos de solteros y viudos era relativamente pequeño, estas dos categorías se agruparon en una misma para poder estudiar la relación del estado civil con las variables de interés.

En un primer lugar, se estudiaron diferencias en las variables predictoras del envejecimiento exitoso en función del estado civil. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre solteros/viudos, casados y separados/divorciados, ni en ninguna de sus dimensiones, salud física y salud mental, solo observamos mayores niveles de salud física y mental en los casados, lo que concordaría con el estudio de Carrasco-Pena, Farías-Moreno y Trujillo-Hernández (2017) en donde señalan que el estar casado está asociado a un factor protector dentro del envejecimiento exitoso, la falta de significación en nuestro estudio puede deberse al tamaño de la muestra.

Por el contrario, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de apoyo social en función del estado civil, en concreto los adultos mayores solteros, separados, viudos divorciados presentaron mayores puntuaciones en apoyo social de amigos, lo cual se puede explicar por la necesidad de socializar que es consistente con otros estudios que relacionan las actividades sociales con la satisfacción con la vida en la

tercera edad (Gray et al. 1992; Krause, 1987; 1991; 1995), las personas satisfechas establecen buenas relaciones interpersonales, piden ayuda cuando lo necesitan y esperan reacciones positivas de los demás.

En el caso del autocuidado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del estado civil, ni en sus tres dimensiones, siendo las medidas muy similares. Tampoco en la soledad, ni emocional ni social, influyó el estado civil de forma estadísticamente significativa. Finalmente, tampoco el estado civil mostró efectos estadísticamente significativos sobre la depresión y la esperanza, pero sí sobre la espiritualidad. Resulta interesante que los casados tuvieron mayores niveles de espiritualidad que los separados/divorciados.

También se estudió la relación del estado civil con la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico; en ningún caso la relación fue estadísticamente significativa.

En la relación entre las variables, objeto de estudio y el tipo de convivencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de salud, ni en ninguna de sus dimensiones, tampoco en apoyo social ni sus dimensiones, en autocuidado ni en sus dimensiones, ni en soledad emocional ni social, tampoco en los niveles de depresión ni de esperanza disposicional, pero sí en los de espiritualidad, en la relación entre vivir solo o en compañía con los indicadores del envejecimiento exitoso: la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, en ningún caso la relación fue estadísticamente significativa

En cuanto a las personas con discapacidad los resultados apuntaron diferencias estadísticamente significativas en salud, en concreto, en salud física, siendo mayores los niveles en aquellos participantes sin discapacidad. Efectivamente, el modelo de envejecimiento exitoso de Lee, Lan y yen (2011) propone que la salud física representa el 68% del envejecimiento exitoso, también esta población registró menores niveles de bienestar psicológico. En el caso de las personas sin discapacidad presentaron mayores niveles de salud

física y mental, pero en cuanto al apoyo social no se evidenciaron diferencias significativas, en ninguna de sus dimensiones, así como tampoco el autocuidado ni en sus dimensiones, en soledad ni en sus dimensiones, esperanza, ni espiritualidad, en depresión las personas que sufrían de enfermedades crónicas si mostraron mayores niveles aunque de pequeño tamaño.

Siguiendo con esta discusión de resultados basada en los análisis bivariados realizados, en cuanto a la predicción del envejecimiento exitoso a partir de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico y las variables de salud, apoyo social, autocuidado, soledad, depresión, esperanza disposicional y experiencias espirituales los resultados obtenidos indicaron que a mayores niveles de satisfacción con la vida en aquellas personas con mejor salud mental, mayor autocuidado psicológico y social, menor depresión y mayor esperanza disposicional. De esta forma, los hallazgos apoyan parcialmente la Hipótesis 2A: *“La salud, el apoyo social, el autocuidado y la espiritualidad se relacionarán de forma positiva con el envejecimiento con éxito”*. Por una parte, la salud se relacionó de forma negativa, en sus dos dimensiones, tanto con la satisfacción con la vida como con el bienestar psicológico, aunque específicamente la relación entre salud física y satisfacción con la vida no resultó estadísticamente significativa. El apoyo social, por su parte, tan solo se relacionó de forma estadísticamente significativa, en su dimensión de apoyo de familiares, con el bienestar psicológico. Con respecto al autocuidado, este, en sus tres dimensiones, se relacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con el bienestar psicológico a nivel bivariado, y en sus dimensiones psicológica y social con la satisfacción con la vida. La espiritualidad, tan solo se relacionó con el bienestar psicológico. En resumen, podríamos decir que se cumple casi por completo la parte de la Hipótesis 2A relativa al bienestar psicológico, pero tan solo en lo relativo a algunas dimensiones de la salud y del autocuidado la parte relativa a la satisfacción con la vida. En lo que se refiere a la Hipótesis 2B, *“La soledad y la depresión se relacionarán de forma negativa con los indicadores de envejecimiento con éxito, esto es, la satisfacción con la vida y*

*el bienestar psicológico*”, los resultados fueron en la línea de lo hipotetizado aunque, de nuevo, parcialmente. La soledad tan solo mostró una relación estadísticamente significativa cuando se midió su dimensión social (lo que, como hemos remarcado a lo largo del texto, mide más bien falta de soledad o presencia de apoyo social, pues recoge tan solo ítems invertidos). En lo que respecta a la depresión, esta tan solo se relacionó de forma estadísticamente significativa y negativa, como se había hipotetizado, con la satisfacción con la vida, pero no con el bienestar psicológico. Concluimos, por tanto, que las Hipótesis 2A y 2B han recibido apoyo parcial.

Toda esta información se complementa con la que aportamos en las siguientes líneas, pues era uno de los objetivos principales del trabajo ofrecer un modelo explicativo compacto. Se trata de modelos que captaran en esencia cuales son las variables clave y con qué peso predicen indicadores de calidad de vida relevantes como la satisfacción vital o el bienestar general.

Cuando hablamos de bienestar es importante diferenciar las dimensiones hedónica y eudaimónica, la primera está enfocada a la satisfacción con la vida, la felicidad y los sentimientos positivos, es decir el bienestar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), y la segunda cuyo constructo teórico principal es el bienestar psicológico, relacionado con el funcionamiento psicológico positivo y a la resolución adaptativa de las diversas situaciones que la vida presenta (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989)

En esta investigación se predicen tanto la satisfacción vital (dimensión hedónica) como el bienestar (dimensión eudaimónica). El bienestar psicológico fue mayor en aquellos participantes con mejor salud física y mental, mayor apoyo de familiares, mayor autocuidado, en todas sus dimensiones, menor soledad social, mayor esperanza disposicional y mayor espiritualidad, encontrando similitud en las diversas propuestas teóricas e investigativas del modelo de envejecimiento exitoso (Fernández, Zamarrón, López., Molina, Montero, y Schettini, 2010; García et al, 2010; Petretto, 2016; Tomás, Galiana, Gutiérrez, Sancho, y Oliver, 2016).

El modelo ha probado dar un ajuste general adecuado, consiguiéndose además explicar un 42.6% de la satisfacción con la vida y un 41.9 del bienestar psicológico. Es importante resaltar que la esperanza cumple un papel de mediación completa en el que a mayores niveles de esperanza menores niveles de depresión y de soledad, y mayores niveles de soledad social (evaluando la falta de esta) y autocuidado social, coincidiendo estos resultados con varios estudios con adultos mayores, en países como España (Oliver, et al. 2015), e Irán (Yaghoobzadehet al. 2018) en donde se menciona que la esperanza puede influir de manera positiva en el adulto mayor, impulsándole a pesar de algunos tipos de deterioro a seguir participando activamente y de forma productiva en la sociedad.

Modelos predictivos realizados para explicar el paradigma del envejecimiento exitoso están basados en el bienestar, tanto desde el punto de vista hedónico y eudaimónico fundamentados en un componente de espiritualidad. Investigación empírica con 737 personas adultas mayores, concluye que el envejecimiento exitoso se encuentra conectado de manera positiva al bienestar y que la buena condición física, la satisfacción con la vida, la actividad y los contactos sociales resultaron los predictores más importantes del bienestar, así como un efecto general de predicción de la espiritualidad (Tomás, Galiana, Gutiérrez, y Sancho, 2016).

Diversos estudios concluyen que el bienestar psicológico en algunas dimensiones reflejan efectos de la edad, (Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009; Meléndez, Tomás y Navarro, 2011) relacionando de manera negativa la edad y las dimensiones de dominio del ambiente, el crecimiento personal, relaciones positivas, auto aceptación y el propósito en la vida.

Otras investigaciones (Triadó, Osuna, Resano, y Villar 2003; Mayordomo, Sales, Satorres, y Meléndez, 2016) señalan que algunas dimensiones permanecen estables a lo largo del ciclo vital, como la autoaceptación, las relaciones con los otros no presentan diferencias entre grupos etarios similares, y las dimensiones de dominio del entorno y autonomía se muestran estables a partir de la madurez hasta la vejez.

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), así como a la conservación de la integridad psicológica (Banks, et al. 2016).

En cuanto a las relaciones predictivas de la esperanza sobre la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, estas fueron las esperadas, positivas, altas y estadísticamente significativas, siendo ambas de idéntico tamaño, 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). Por primera vez se tiene evidencia de ello en una población tan singular como es la de migrantes retirados procedentes de otro ámbito cultural. Estos resultados (conjuntamente con los mencionados en las líneas anteriores) expresan lo formulado en la Hipótesis 3 de este estudio: *“La esperanza mediará la predicción de las variables (salud física y mental, depresión, apoyo familiar y de amigos, soledad emocional, y social, autocuidado físico, psicológico y social, y espiritualidad) sobre la satisfacción y el bienestar psicológico, teniendo una relación positiva con ambos indicadores del envejecimiento con éxito”*.

Limitaciones y líneas futuras, ya se han comentado algunas limitaciones, principalmente la dificultad de obtener una muestra mayor por la inexistencia de censos accesibles. Cabría añadir que a caballo entre limitación y línea futura porque sería la puerta de acceso a una investigación de mayor entidad, debería completarse este estudio con una parte cualitativa de entrevistas a migrantes que nos ayuden a interpretar, a validar y enriquecer la información obtenida con el modelo. A partir de esa información, con ellos y con diferentes grupos y agentes sociales relevantes en Cuenca, estaríamos en condiciones de diseñar medidas, acciones, campañas para la mejora de la integración y la calidad de vida de este importante colectivo.

## **7. Conclusiones**

Este trabajo aborda dos ámbitos importantes: el primero una revisión sistemática y rigurosa de las personas de la tercera edad, su salud física y psicológica y las variables que acompañan al envejecimiento para explicar diversos modelos de cómo envejecer saludablemente. En segundo lugar un aporte empírico que analiza los factores del envejecimiento saludable basado en una muestra de personas mayores residentes en la ciudad de Cuenca en calidad de migrantes y que propone un modelo explicativo que muestra la esencia clave y los indicadores de satisfacción vital y bienestar general.

Como conclusión general es necesario mencionar que se estudió de forma bivariada las relaciones entre el envejecimiento exitoso, en sus dos indicadores, satisfacción con la vida y bienestar psicológico, y un conjunto de variables predictoras: salud, apoyo social, autocuidado, soledad, depresión, esperanza disposicional y experiencias espirituales. Los migrantes retirados en Cuenca, como personas con mayores niveles de satisfacción con la vida también poseen mayores niveles de salud mental, autocuidado psicológico y social, esperanza disposicional, y menor grado de depresión.

El bienestar psicológico se relacionó positivamente con la salud física y mental, apoyo de familiares, autocuidado (en todas sus dimensiones)

esperanza disposicional, espiritualidad, y de manera negativa con la soledad social.

El modelo de ecuaciones estructurales realizado tras el estudio de la evidencia bivariada, predice el envejecimiento exitoso a partir de la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, siguiendo evidencia recogida en investigaciones anteriores halladas en otros contextos (Oliver et al., 2015). Se prueba un modelo de mediación en el que las variables salud física, salud mental, apoyo de familiares, apoyo de amigos, autocuidado físico, autocuidado psicológico, autocuidado social, soledad emocional, soledad social, depresión y espiritualidad, son considerados en un modelo con ajuste adecuado prediciendo la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, siendo la esperanza la variable mediadora, explicando porcentajes similares entorno al 42% tanto de la satisfacción con la vida como del bienestar psicológico. Que la relación más fuerte del modelo sea la de la esperanza disposicional con cada una de las dos variables finales por igual, nos hace ver que junto a las variables predictoras de apoyo (social y familiar) estas dos cuestiones parecen ser el motor de la buena adaptación de estos ciudadanos migrantes de Cuenca. Es decir, lo que más contribuye a su calidad de vida sería a tenor de los datos un buen apoyo, esperanza y también no olvidemos la falta de soledad, dado que aparece también influyente en el modelo.

Finalmente cabe mencionar que es la primera vez, que nos conste, se estudia empíricamente este colectivo, adultos mayores migrantes retirados, que forman parte de la comunidad Cuencana, por lo que los resultados de este estudio son relevantes para conocer qué factores facilitan la adecuada adaptación a un nuevo entorno de población mayor extranjera.

## 8. Referencias

- AARP (American Association of Retires Persons). (1990). *A profile of older Americans*, Washington, D.C: Author
- Alavina, S. M. y Burdonrf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1), 39–45.
- Alberola, S. (2015). Validación de un modelo explicativo del envejecimiento exitoso en una muestra española. Universitat de Valencia.
- Alberola, S., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2017). Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española. *Gerokomos*, 28(2), 63-67.
- Aldwin, C. M., Spiro III, A., Levenson, M. R. & Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal findings from the Normative Aging Study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality. *Psychology and Aging*, 16(3), 450
- Aledo, A. (2005). Los otros inmigrantes: residentes europeos en el sudeste español. En J. Fernández-Rufete y M. García (Eds.), *Movimientos migratorios europeos*, 99-113. Murcia: UCAM.
- Alley, D. E., Putney, N. M., Rice, M., & Bengtson, V. L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *The*

*Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 583–59.

- Almedom, A.M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science y Medicine*, 61, 943–964
- Almeida, O. P., Norman, P., Hankey, G., Jamrozik, K. & Flicker, L. (2006). Successful mental health aging: results from a longitudinal study of older Australian men. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 27–35.
- Alvarado, G., Alejandra, M., & Salazar, M., Ángela, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1–26.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1–26.
- Andrews, M. (1997). Life review in the context of social transition: The case of east Germany. *British Journal of Social Psychology*, 36, 273-29.
- Antonucci, T., & J. Jackson (1990), *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*, 29(2), 183–19.
- Arias-Merino, E. D., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Arias-Merino, M. J., Cueva-Contreras, J. & Vazquez Arias, C. (2012). Prevalence of successful aging in the elderly in Western Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Vol.2012,1-6.
- Arkoff, A., Meredith, G., & Dubanoski, J. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective proactive life review by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204-214.

- Asamblea Mundial de la Salud, 54. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M. J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., ... y Grupo Español de Investigación en Calidad de Vida y Envejecimiento. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 317-324.
- Backman, K. (1997) *Kotona Asuvien Vanhusten Itsestä Huolenpito. Hypoteettinen Malli*. Lisensiaatintutkimus. Department of Nursing, University of Oulu, Oulu.
- Ballesteros, R. F., Zamarrón, M. D., Bravo, M. D. L., Martínez, M. Á. M., Nicolás, J. D., López, P. M., y del Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Baltes, M. M., & Baltes, P., B. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. B. & Baltes, M. M. , *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press
- Baltes, P. B. (1984). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn state's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). En F. I. M. Clairk (Dir.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). New York: Plenum Press.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and Limits. *Gerontologist*, 33(5), 580-594.
- Banks, J., Breeze, E., Lessof, C., & Nazroo, J. (Eds.). (2006). *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)*. London, England: Institute for Fiscal Studies.

- Barragán, M. D., García, S. M. A., Parra Santiago, A., y Tejeiro, M. J. (2019). *Enfermedad de Alzheimer. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4338–4346
- Bartušková L., Kabát J., Kaščáková N., Fürstová J., Glogar P., Heverí M., ... & Tavel P. (2018). Psychometrická analýza české verzedotazníku zdraví a spokojenosti . (SF-8 Health Survey). *Ceskoslovenska Psychologie*, 62, 40-55.
- Bath, P. A. & Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2(1), 24–3.
- Beaman, P., Reyes S., García, C., y Cortés A. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En O. Muñoz, C. García, & L. Durán (Eds.), *La salud del adulto mayor* (pp. 117-138). México
- Beauchamp-Turner, D. L., & Levinson, D. M. (1992). Effects of meditation on stress, health, and affect. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 5, 123–131.
- Bell, M. J., & Chandler, E. N. (2002). Spirituality and Health Outcomes in the Eldery. *Journal of Religion and Health*, 41(3), 243-252.
- Bellón, J. S., Delgado, A. S., del Castillo L. J. D., & Lardelli P. C. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Atención Primaria*, 18(4), 153-6.
- Bennett, K. M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, 2(1), 48–55.
- Bergin, L., & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health. *Soc. Sci. Med*, 51, 843–57.
- Berman R. L. H. & Iris M. A. (1998) Approaches to self-care in later life. *Qualitative Health Research*, 8, 224-236.

- Bishop, A. J., & Martin, P. (2011). The measurement of life satisfaction and happiness in old-old age. In L.W. Poon y J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old* (pp. 290–331). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema, 17*(4), 582-589.
- Botwinick, J. (1977). Intellectual abilities. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 580-605). New York: Van Nostrand Reinhold
- Bourdieu, P. (1986). The forms of social capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–248). New York, NY: Greenwood.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ, 331*(7531), 1548–1551.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? *The International Journal of Aging and Human Development, 64*(3), 263–297.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health, 12*(3), 293–301.
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society, 27*, 827–847
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing, 35*, 607–614.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health, 6*, 355–371.
- Bowling, A., y Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*, 1.
- Brandstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: toward integrating perspectives. En T. M. Hess y F. Blanchard-Fields (Eds.),

- Social Cognition and Aging* (pp. 123-141). San Diego, Academic Press.
- Britton, J. H. & Britton, J.O. (1979). *Personality Changes in Aging*. New York; Springer.
- Bueno, P. A., Peña, C.E, Arias, P., Aguilár, M., Cabrera, M., y Lima, S. (2017). Bienestar subjetivo y formación de cuidadores de adultos mayores. *Acción Pedagógica*, 26(1), 130-147.
- Burke, M. & Flaherty, S. M. J. (1993) Coping strategies and health status of elderly arthritic women. *Journal of Advanced Nursing* 18, 7-13
- Butler, R., N., & Lewis, M.,I. (1981). *Aging and mental health*. St. Louis: Mosby.
- Cabeza, R., Anderson, N. D., Locantore, J. K. & McIntosh, A. R. (2002). Aging gracefully: compensatory brain activity in high-performing older adults. *Neuroimage*, 17(3), 1394–1402.
- Calatayud, P. (2016). *Factores asociados al envejecimiento con éxito: aportaciones del ejercicio físico*. Tesis Doctoral no publicada: Universitat de Valencia.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31, 117–124
- Campos-García, Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., y Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.2018.
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1–14.
- Carrasco-Peña, K. B., Farías-Moreno, K. y Trujillo-Hernández, B. (2018). Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(1), 23–25.

- Castel, A., & Craik, F. (2003). The effects of aging and divided attention on memory for item and association the information. *Psychology of Aging, 18*, 873-885.
- Castellano, C.L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14*(3), 365-377.
- Castles, S., & Miller, M. J. 2008. *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave-Macmillan and Guilford
- Cavallini, E., Pagnin, A., & Vecchi, T. (2003). Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 37*(3), 241-257.
- Cernin, P. A., Lysack, C., & Lichtenberg, P. A. (2011). A comparison of self-rated and objectively measured successful aging constructs in an urban sample of African American older adults. *Clinical Gerontologist, 34*, 89–102.
- Chilsom, T., Willott, J., & Lister, J. (2003). The aging auditory system: Anatomic and physiologic changes and implications for rehabilitation. *International Journal of Audiology, 42*, 2S3 – 2S1.
- Cobo, S. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos, 20*, 172-174.
- Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal Health Soc Behav, 46*, 51–67.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., ... Kramer, A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(11), 1166–1170
- Coleman, J., (1990), *Foundations of Social Theory*, Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press.
- Coleman, J., S. (1988). Social capital in the creation of human-capital. *American Journal of Sociology, 94*, S95–S12.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2002). *Panorama social de América Latina 2001-2002*. LC/G.2183-P. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Europea. (2011). *Synthesis report on the public consultation on the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Bruselas: Comisión Europea.
- Cotter, K. A. & Lachman, M. E. (2010). Psychosocial and behavioural contributors to health: Age-related increases in physical disability are reduced by physical fitness. *Psychology and Health*, 25(7), 805–82.
- Cowgill, D. O. (1974). The aging of populations and societies. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 1–18.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N., Fratiglioni, L. & Gatz, M. (2006). Personality and risk of cognitive impairment 25 years later. *Psychology and Aging*, 21, 573-58.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality—The forgotten factor. *The Gerontologist*, 42, 613–62.
- Cummins, R., Eckersley, J., Pallant, J. & Davern, M. (2002). *Australian Unity Well-being Index*, Survey 3: report 1. Australia: Australian Centre on Quality of Life/Deakin University.
- Cunningham, W. & Owens, W. (1983). The Iowa State study of the adult development of intellectual abilities. En K. Schaie (Dir.), *Longitudinal studies of adult psychological development* (pp. 20-39). New York: The Guilford Press.
- D'Hyver, C., y Gutiérrez, R., L. M., (2014). Geriatria 3ra edición. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México.
- Danely, J. (2016). Hope in an ageing Japan: Transience and transcendence. *Contemporary Japan*, 28(1), 13-31.
- Dannefer, D. (2011). Age, the Life Course, and the Sociological Imagination: Prospects for Theory. En R. H. Binstock, y L. K. George (Eds.),

*Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 3-16). New York. Academic Press.

- Darwin, C. (1992). *L'origine des espèces* París: Flammarion.
- Dawkins C.. (1989). *Le gène égoïste*. 2<sup>o</sup>ed. París. Armand Colin.
- De Jong, G. J. & Kamphuis, F. H. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
- De Leon, C. F. M. (2005). Social engagement and successful aging. *European Journal of Ageing*, 2(1), 64–66.
- De León, R., C. A., García, M. M., y Rivera, A. S. (2019). Escala de bienestar psicológico para adultos mayores: *Construcción y validación*. *Psicología Iberoamericana*, 26(2).
- De Silva, M.J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S.R.A. (2005). Social capital and mental illness: *A systematic review*. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 59, 619–627.
- Dean, K. (1989) Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. *Social Science and Medicine*, 29, 117-123.
- Deeming, C. (2009). «Active ageing» in practice: a case study in East London, UK. *Policy and Politics*, 37(1), 93–111.
- DeGenova, M. K. (1993). Reflections of the past: New variables affecting life satisfaction in later life. *Educational Gerontology*, 19, 191-201.
- Delgado, C. (2005). A Discussion of the Concept of Spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 157-162.
- Delgado, P. A., (2014). *Análisis de la situación actual de los extranjeros estadounidenses de la tercera edad residentes en la ciudad de Cuenca* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador.
- Department of Health (2009). *New Horizons: A shared vision for mental health*. London: Department of Health, Mental Health Division.
- Department of Health. (2004) *Choosing health: making healthier choices easier*. London: Stationery Office.

- Depp, C. A. & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–2.
- Depp, C. A., Harmell A. y Vahia I. V. (2012). Successful cognitive aging. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 10, 35-5.
- Diario El universo. Ya son 5000 extranjeros los que viven en Cuenca. [En línea]. <http://www.eluniverso.com/2013/04/12/1/1447/ya-son-5000-extranjeros-viven-cuenca-95-ellos-eeuu.html> [consulta: 17 de Abril, 2019]
- Díaz, C. Orozco, I. Laudelina, I. (2002). Evaluación funcional del anciano. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 184-188.
- Diener, E. (2009). *Subjective Well-Being. The Science of Well-Being*, 11–58.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Wirtz D., Biswas-Diener R., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D., & Oishi S. (2009) *New Measures of Well-Being*. In: Diener E. (eds) *Assessing Well-Being*. Social Indicators Research Series, vol 39. Springer, Dordrecht
- DiGiovanna A., G. (1994). *Human aging: Viological perspectives*. New York: Mc Graw Hill.
- Dillaway, H. E., & Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging. *Journal of Applied Gerontology*, 28, 702–722.
- Eberling, J., E., Wu, C., Tong-Turnbeaugh, R., & Jaust, W. L. (2004). Estrogen and tamoxifen associated effects on brain structure and function. *Neuroimage*, 21, 364-371.
- Ekerdt, D. (1987) Why the notion persists that Retirement harms the health. *The gerontologist*, 27(4), 454-457.
- El País. (9 de agosto 2002). Charlton Heston anuncia que padece Alzheimer. Recuperado de: [https://elpais.com/cultura/2002/08/10/actualidad/1028930401\\_850215.html](https://elpais.com/cultura/2002/08/10/actualidad/1028930401_850215.html)

- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado* (Edición revisada y ampliada). Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. London, England: W. W. Norton.
- Erikson, J. M. & Kivnick H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- Feist, J. & Feist, G. J., (2007). *Teorías de la personalidad*. España: McGraw-Hill.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*, 4ta Edición. Pearson Educación. México
- Fernandes, A. L. P., y Domingues, M. A. (2018). Adaptação Transcultural da Escala de Redes Sociais de Lubben, LSNS-18. *Revista Kairós: Gerontologia*, 21(2), 171-191.
- Fernández, A. R., y Manrique-Abril, F. G. (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, suramérica: care agency for elderly hypertensive in Boyacá-Colombia, *Suramérica. Ciencia y enfermería*, 16(2), 83-97.
- Fernández-Ballesteros, R., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., y Del Moral R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641–647.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J., Hekkinnen, E., Drusini, A., Paul C., Charzewska, J., & Rosenmary, L. (2004). Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50(5), 330- 347.
- Ferreira, N., Owen, A., Mohan, A., Corbett, A., & Ballard, C. (2015). Associations between cognitively stimulating leisure activities, cognitive function and age-related cognitive decline. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(4), 422-43.
- Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly, Approaches to multidimensional assessment*. Offset Publications, N° 84. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Finkel, D., Pedersen, N. L., Plomin, R. & McClearn, G. E. (1998). Longitudinal and cross-sectional twin data on cognitive abilities in adulthood: the Swedish Adoption/Twin Study of Aging. *Developmental psychology*, 34(6), 1400-1413.
- Fone, S., Lundgren-Lindquist B., Skogar Ö. & Levander B. (2003). Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65-85 year olds. *Disability and Rehabilitation*, 25(18), 1044–1051.
- Ford, A. B., Haug, M. R., Stange, K. C., Gaines, A. D., Noelker, L. S. & Jones, P. K. (2000). Sustained personal autonomy a measure of successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12(4), 470–489.
- Forni, P., Siles, M., & Barreiro, L. (2004). *¿ Qué es el Capital Social y cómo Analizarlo en contextos de Exclusión Social y Pobreza?*. Julian Samora Research Institute. Buenos Aires – Argentina.
- Foster, J. M. & Gallagher, D. (1986) An exploratory study comparing depressed and non-depressed elders' coping strategies. *Journal of Gerontology*, 41, 91-93.
- Freedman, V. A., Martin, L. G. & Schoeni, R. F. (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *Jama*, 288(24), 3137–3146.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life-management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology & Aging*, 13, 531-543.
- Fries, J. F. (1989). The compression of morbidity: near or far? *The Milbank Quarterly*, Vol. 67 (2)208–232.
- Fries, J. F. (2002). Reducing disability in older age. *Jama*, 288(24), 3164–3166.
- Fry, C. L., Dikerson-Putman, J. Draper, P., Ikels C., Keith J., Glascock A. P., et al. (1997). Culture and the meaning of a good old age. En J. Sokolovsky. (Ed.), *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives* (2ª ed.) (pp. 99–124). Westport, CT: Greenwood.

- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor D. A., Lynch J. W. & Davey S. G. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95-101.
- García, M., y Hombrados, M. (2002). Control Percibido y Bienestar Subjetivo: un Análisis de la Literatura Gerontológico. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2(2), 90-10.
- García, N. R., (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *CHILLAN-CHILE* 51, 12(2), 51-62.
- García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., y Del Moral, R. S. (2010). *Envejecimiento con éxito: criterios y predictores*. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Geis, J. A. & Klein, H. A. (1990) The relationship of life satisfaction to life change among the elderly. *Journal of Genetic Psychology*, 151, 269-271.
- Gierveld, J. D. J., & Tilburg, T. V. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on aging*, 28(5), 582-598.
- Glass, T. A. (2003). Assessing the success of successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 382-383.
- Gómez, J y Curcio, C. (2002) *Valoración integral del anciano sano*. Artes Gráficas Tizan; Manizales. pp. 500, pp. 104-393
- González, E. N., y Gómez ,M. S. (2017). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 3(1), 75-89.
- Gray, G. R., Ventis, D. G. & Hayslip, B. (1992) Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Ageing and Human Development*, 35, 205-218.
- Green, R., Benschoff, J., & Harris-Forbes, J. (2001). Spirituality in Rehabilitation Counselor Education: A Pilot Survey. *Journal of Rehabilitation*, 67(3).
- Gubrium, J., F. (1973). *The myth of the golden years: A socio-environmental theory of aging*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Guevara, R. (2003). Impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Desarrollo Científico Enfermería*, 11(7), 206-21.
- Guse, L. W. & Masesar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 527–539.
- Gutman, D. (1970), Female ego styles and generational conflicts. En M. Bardwich (dir.), *Feminine personality and conflict* (pp.77-96). Belmont: Brooks/ Cole.
- Gutmann, D., L. (1974). The country of old men: Cross-cultural studies in the psychology of later life. En R. L. LeVine (Ed.), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 95-121). Chicago: Aldine.
- Hank, K. (2011). How “successful” do older Europeans age? Findings from SHARE. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B, 230–236.
- Harman, D. (2003). The free radical theory of aging. *Antioxidants and Redox Signaling*, 5(5), 557–561.
- Havighurst, R. J., & Albrecht R. (1953). *Older people*. New York: Longmans, Green and Company.
- Hazzard, W. R. (2007). Scientific progress in geriatric syndromes: earning an “A” on the 2007 Report Card on Academic Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 794-796.
- Heidrich, S. M., & Ryff C. D. (1995). Health, social comparisons, and psychological well-being: Their cross-time relationships. *Journal of Adult Development*, 2, 173-186.
- Hendrie, H. C., Albert M. S., Butters M. A., Gao S., Knopman D. S., Launer, L. J., ... Wagster M. V. (2006). The NIH cognitive and emotional health project: report of the critical evaluation study committee. *Alzheimer's and Dementia*, 2(1), 12–32.
- Hess, T. M., Auman C., Colcombe S. J., & Rahhal T. A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(1), P3-P11.

- Hochsmann, H. (2004). *On philosophy in China*. Canada: Wadsworth/Thomson Learning.
- Hsu, H. C. (2007). Exploring elderly people's perspectives on successful ageing in Taiwan. *Ageing and Society*, 27(1), 87-102.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. M., y Montes, de Oca Z., V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población* 103-138.
- Iecovich, E. (2013). Psychometric properties of the Hebrew version of the de Jong Gierveld loneliness scale. *Educational Gerontology*, 39(1), 12-27.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J. y Aunguroch, Y. (2001). Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(3), 283-302.
- Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Base de datos ENEMDU, Ecuador, (2018).[ Fecha de consulta Mayo 2018]. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/enemdu-2018/>
- Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ENEMDU, Ecuador, (2010).[ Fecha de consulta Agosto 2019]. Recuperado de: [http://www.inec.gob.ec/proyecciones\\_poblacionales/presentacion.pdf](http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf)
- International Liveing. *Ranking de los mejores lugares para el retiro en el 2013*. Recuperado de: <http://internationalliving.com/2012/12/the-worlds-top-retirement-havens-in-2013/>
- Iwamasa, G., & Iwasaki, M. A. (2011). New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *J Cross Cultural Gerontology*, 26, 261-78.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Huijjer, A. S. H. & Dracup, K. J. D.(2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung*; 29(5), 319-33.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, NY: Basic Books.

- Jarvik, L. & Cohen, E. (1973). Intellectual stability and survival in the aged. *Journal of Gerontology*, 18, 173-146.
- Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P. B., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., ... Knapp, M. (2008). *Foresight mental capital and wellbeing project. Mental health: future challenges*. London: The Government Office for Science.
- Jeste, D. V., Ardelt, M., Blazer, D., Kraemer, H. C., Vaillant, G. & Meeks, T. W. (2010). Expert consensus on characteristics of wisdom: A Delphi method study. *The Gerontologist*, 50, 668-68.
- Jin, K., Simpkins, J. W., Ji, X., Leis, M. & Stambler, I. (2015). The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. *Aging and Disease*, 6(1), 1.
- Johnson, J. K., Sarkisian, N. & Williamson, J. B. (2014). Using a Micro-Level Model to Generate a Macro-Level Model of Productive Successful Aging. *The Gerontologist*, 55(1), 107-119.
- Jung, C. G. (1933), *Modem man in search of a soul*. New York Harcourt, Brace y World.
- Jung, C. G. (2004). *Obra Completa de Carl Gustav Jung*. Vol , 9/1, 145-149.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-40). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Kahn, R. L., & Antonucci T. C. (1980). Convoys over the life course: A life course approach. *Life span development and behavior*, 253-286.
- Kalache, A., Aboderin, I. & Hoskins, I. (2002). Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 3, 243-4.
- Kaplan, M. S., Hugué, N., Orpana, H., Feeny, D., McFarland, B. H., & Ross, N. (2008). Prevalence and factors associated with thriving in older adulthood: A 10-year population based study. *The Journals of*

*Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63A, 1097–1104.

- Kasl, S., V. (1992). Stress and health among the elderly: overview of issues; in Wykle M.L., Kahana E, Kowal J. (eds): *Stress and Health among the Elderly* (pp. 5-34). New York: Springer.
- Katz, S., & Marshall, B. (2003). New sex for old: Lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17(1), 3-16.
- Kending, H. (2004). The social sciences and successful aging: Issues for Asia–Oceania. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, S6–S11.
- Keyes, C. (2005). The subjective well-being of America’s youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4(1) 3-11.
- Keyes, C. L. M., Myers J. M., & Kendler K. S. (2010). The structure of the genetic and environmental influence on mental well-being. *American Journal of Public Health*, 100, 2379–2384.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin D., & Ryff C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.
- Kirkwood, T. (2015). Why can’t we live forever? *Scientific American*, 24, 12–19.
- Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I., y Teh, M. (2008). *Foresight mental capital and wellbeing project. Mental capital through life: Future challenges*. London: The Government Office for Science.
- Kliwer, S. & Saultz, J. (2006). *Health care and spirituality*. United Kingdom: Radcliffe.
- Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99–111.
- Ko, K. J., Berg C. A., Butner, J., Uchino, B. N., & Smith, T. W. (2007). Profiles of successful aging in middle-aged and older adult married couples. *Psychology and Aging*, 22, 705–718.

- Koenig, H. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109.
- Koenig, H. (2001). *The healing power of faith*. New York: Touchstone.
- Krause, N. & Shaw B. A. (2003). Role-specific control, personal meaning, and health in late life. *Research on Aging*, 25(6), 559–586.
- Krause, N. (1987) Satisfaction with social support and self-rated health in older adults. *Gerontologist*, 27, 301-308.
- Krause, N. (1991) Stress and isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology*, 46, 183-195.
- Krause, N. (1995) Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *Journal of Gerontology*, 50, 59-73.
- Kreidler, M. C., Campbell, J., Lanik, G., Gray, V. R., & Conrad, M. A. (1994). Community Elderly a nursing center's use of change theory as a model. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(1), 25-3.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona: Herder.
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241.
- Lamers, S. M. A., Westerhof G. J., Bohlmeijer E. T., Klooster P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99–11.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., ... Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148–154.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (2002). “Time Counts: Future time perspective, goals, and social relationships”. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. Cary: Oxford University Press.

- Lee, P. L. (2009). Life satisfactory and successful aging factors among elders. *Journal of Crisis Management*, 6(2), 25–38.
- Lee, P., Lan, W., & Yen, T. (2011). Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology*, 37, 210-227.
- Lehr, U., (1980) *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskyla, Finland: STAKES.
- Levin, J. (2001). *God, faith and health. Exploring the spirituality-healing connection*. New York: John Willey y Sons.
- Lewis, J. P. (2011). Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist*, 51, 540–549.
- Liang, J. Y. (2011). Components of a meaningful retirement life — a phenomenological study of the 1950s birth cohort in urban China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 279–298.
- Liang, J., & Luo, B. (2012). Towards a discourse shift in Social Gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 327–334.
- Light, L. L. (2000). Memory changes in adulthood. In S. H. Qualls & N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life* (p. 73–97). American Psychological Association.
- Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 878–884.
- Lye, T., C., Piguet, O., Grayson, D., A., Creasey, H., Ridley, L., J., Bennet, H., R., & Broe, G., A. (2004). Hippocampal size and memory function in the ninth and tenth decades of life: The Sydney Older Persons Study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 548-554.

- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C. & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14–25.
- Martinson, M., & Berridge, C. (2014). Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature. *The Gerontologist*, 55(1), 58-69.
- Matsubayashi, K., Ishine, M., Wada, T., & Okumiya, K. (2006). Older adults' views of "successful aging": Comparison of older Japanese and Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 184–187.
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112.
- Mayr, E. (1993). *Darwin et la pensée modern, traduction française*. París: Odile Jacob.
- McLaughlin, S. J., Jette, A. M., & Connell, C. M. (2012). An examination of healthy aging across a conceptual continuum: Prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences y Medical Sciences*, 67, 783–789.
- McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J. B., Desai, K. & Coderre, P. (1996). Creating health with chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 18, 1-15.
- Medawar, P. (1952). *An unsolved problem in biology*. London: Methuen.
- Meister, H., & Von Wedel H. (2003). Demands on hearing aid features—special signal processing for elderly users?. *International journal of audiology*, 42(sup2), 58-62.
- Meléndez, J., Tomás, J., 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(1), 164-169.
- Mella, R., González L., D' Appolonio J., Maldonado I., Fuenzalida A., y Díaz A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyke*, 13, 79-89.

- Melzer, I., Benjuya, N., & Kaplanski, J. (2004). Postural stability in the elderly: a comparison between fallers and non-fallers. *Age and ageing*, 33(6), 602-607.
- Mendoza-Núñez, V., y Martínez-Maldonado, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: González-Celis, A. (Coord.) *Evaluación en Psicogerontología* (pp.95-112). México: Manual Moderno.
- Menichetti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2016). Engaging older people in healthy and active lifestyles: A systematic review. *Ageing and Society*, 36(10), 2036-206.
- Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Geriátría (2003). *Evaluación funcional de adulto mayor*. Santiago de Chile: Proyecto FONDEF.
- Mirowsky, J., & Ross C. E. (2003). *Education, social status, and health*. New York: Aldine de Gruyter.
- Molina, M. B. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales en Gerontología*, 6(6), 11-29.
- Montero, M. P., Giménez M. R. L., Cantero P. A., y Mora A. I. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 55-63.
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., ... Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 43-51.
- Mora, F., Segovia, G. & Del Arco, A. (2007). Aging, plasticity and environmental enrichment: structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Research Reviews*, 55(1), 78-88.
- Morell, C. M. (2003). Empowerment and long-living women: Return to the rejected body. *Journal of Aging Studies*, 17, 69-85.
- Moreno, C. (2018), *Comunicación personal*. Cónsul de Francia, en la Ciudad de Cuenca.

- Muñoz, C. García, y L. Durán (Eds.), *La salud del adulto mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 10 de septiembre de 2009
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Ed. Pirámide Pirámide. Madrid.
- Muñoz, J., Alix C. & Muñoz T. (2002). *Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial*. Ed. Pirámide. Madrid.
- Murillo, M. J. A. V. I. E. R., & Molero, A. F. E. R. N. A. N. D. O. (2012). Life satisfaction: Its relationship with prejudice, national identity, self-esteem and material well-being in immigrants. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 99-108.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Occupational therapy interventions and physical activity interventions to promote the mental wellbeing of older people in primary care and residential care*. NICE public health guidance No. 16. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Navarro-González, E., Calero, M. D. y Becerra-Reina, D. (2015). Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50(1), 9–15.
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R. y Zapata, D. (2006). La conexión mente-cuerpo espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. *Revista Venezolana de Oncología*, 18(1), 28-37.
- Neugarten, B. L. (1977). Personality and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (1st ed., pp. 626- 649). New York: Van Nostrand Reinhold.
- NHS Health Scotland. (2010). *Mental health improvement programme: Background and policy context*. Scotland: NHS.
- Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1085-1094.
- Nisson, L., 2003. Memory function in normal aging. *Acta Neurológica Scandinava*, 107, 7-13.

- Norburn, J. E. K., Bernard, S. L., Konrad, T. R., Woomert, A., DeFriese, G. H., Kalsbeek, W. D., ... & Ory, M. G. (1995). Self-care and assistance from others in coping with functional status limitations among a national sample of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(2), 101-S109.
- Nordin, S., Razani, L. J., Markison, S., & Murphy, C. (2003). Age-associated increases in intensity discrimination for taste. *Experimental aging research*, 29(3), 371-381.
- Nyqvist, F., Forsman, A. K., Giuntoli, G., & Cattan, M. (2013). Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 17(4), 394-41.
- O'Reilly, K. (1995). A new trend in European migration: contemporary British migration to Fuengirola, Costa del Sol. *Geographical Viewpoint*, 23, 1, 25-36.
- Office for National Statistics. (2012). *First ONS annual experimental subjective well-being results*. London: ONS.
- Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P., y Tomás J. M. (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.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J., Molina, C., y Tomás, J. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(3), 189-196.
- Orem D. (1991). *Nursing. Concepts of Practice* (4ª Ed.). St. Louis: Mosby Year Book
- Orem D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica* (4ªed). Barcelona: Masson y Salvat.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2013). *Número estimado de migrantes internacionales a nivel mundial*. [en línea].

<http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-migration/world-migration.html>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington, DC: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Strengthening mental health promotion*. Fact sheet, No. 22. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Salud y envejecimiento: un marco político. Grupo orgánico de Enfermedades no transmisibles y salud mental*. Ginebra: Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles promoción de la salud, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, Practice. Summary Report*. Ginebra: Department of Mental Health and Substance Abuse (OMS) in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. Recuperado el 9 de junio de 2018 de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Salud mental. Tema de salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ouwehand, C., de Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, 27(8), 873-884.
- Owsley, C., Stalvey, B. T., & Phillips, J. M. (2003). The efficacy of an educational intervention in promoting self-regulation among high-risk older drivers. *Accident Analysis y Prevention*, 35(3), 393-40.
- Padrós-Blázquez, F., Contreras-Navarro, G. y Soriano-Más, C. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿una dimensión bipolar o dos dimensiones

- unipolares independientes? *Interdisciplinaria y Ciencias Afines*, 29(1), 1-14.
- Pardo, A. G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1).
- Pargament, K. & Mahoney, A. (2002). Spirituality. En C. R. Snyder y Sh. Lopez. *Handbook of Positive Psychology* (pp.257-276) New York: Oxford University Press.
- Parra, M. I. D. P. S., Salas, M. C., y Escobar, J. M. M. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en enfermería*, 30(1), 23-31.
- Parslow, R. A., Lewis, V. J., & Nay, R. (2011). Successful Aging: Development and Testing of a Multidimensional Model Using Data From a Large Sample of Older Australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2077–2083.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–1.
- Pearlin, L., I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*. 241–256.
- Peck, S., (1968). Psychological development in the second half of life. En B.L. Neugarten (ed.). *Middle age and aging*. (pp. 42-53).Chicago: University of Chicago Press.
- Pedrero, N. L., Pichardo, F.,A. (2009). Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. En M. J. González, F. A. Pichardo y L. García (Eds.), *Geriatría* (pp. 32-54). New York: McGraw Hill.
- Peña-Contreras, E. K. Lima-Castro, S. E. Bueno-Pacheco, G. A., Aguilar-Sizer, M., E., Keyes, C. L., y Arias-Medina, W. P. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232.

- Pérez del Molino, J., Sanz-Aránguez, A. M. J., y, Moya, L. M., (2008). Valoración geriátrica: conceptos generales. En L.F. Guillén, M. J. Pérez del Molino y T. R. Petidier (Eds.), *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (2ª ed.) (pp. 207-224). Barcelona: Elsevier.
- Perlmutter, M., Adams, C., Barry, J., Kaplan, M., Person, D., & Vedonik, F. (1987). Aging y memory. En K. W. Schaie y K. Eisdorfer (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (Vol. 7) (pp. 133-150). New York: Springer.
- Perneckzy, R., Wagenpfeil, S., Lunetta, K. L., Cupples, L. A., Green, R. C., & Decarli, C. (2010). Head circumference, atrophy, and cognition Implications for brain reserve in Alzheimer disease. *Neurology*, 75(2), 137-142.
- Peters, J. C., Wyatt, H. R., Donahoo, W. T., & Hill, J. O. (2002). From instinct to intellect: the challenge of maintaining healthy weight in the modern world. *Obesity reviews*, 3(2), 69-74.
- Petersen, C. S. M. (2008). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 8, 111-128.
- Peterson, Ch. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strenghts and virtues. A handbook and classification*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
- Porter, E. J. (1994) Older widows' experience of living alone at home. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 19-24.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(6), 671-679.
- Puentes-Rosas, E, López-Nieto, L. & Martínez-Monroy, T. (2004). *La mortalidad por suicidios: México 1990-2001*. Revista Panamamericana de Salud Publica. 16(2),102-109.

- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon y Schuster.
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., y León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35(1), 90-10.
- Ramírez, P. J. (2005). Tres visiones sobre capital social: Bourdieu, Coleman y Putnam. *Acta republicana: política y sociedad*, 4(4), 21-36.
- Reichard, S., Livison, F. & Peterson, P.G. (1962) *Ageing and Personality*. Wiley, New York.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1988). Global deterioration scale (GDS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 661-3.
- Revicki, D. A., & Mitchell, J. P. (1990). Strain, social support, and mental health in rural elderly individuals. *Journal of Gerontology*, 45(6), S267-S274.
- Rieger, M. & Mata, R. (2015). On the generality of age differences in social and nonsocial decision making. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(2), 202–214.
- Riley, M. W. (1998). Letters to the editor. *The Gerontologist*, 38, 151.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2007). Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 23(1), 125-136.
- Robson, S. M. & Hansson, R. O. (2007). Strategic self-development for successful aging at work. *The International Journal of Aging and Human Development*, 64(4), 331–359.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J. & Salovey, P. (2006). The Strategic Use of Gain-and Loss-Framed Messages to Promote Healthy Behavior: How Theory Can Inform Practice. *Journal of Communication*, 56(1), S202–S22.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-44.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rožanova, J. (2010). Discourse of successful aging in The Globe y Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24, 213–222.
- Rubio, H. R., Cerquera C. A. M., Muñoz M. R. y Pinzón B. E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 307-319
- Ruiz, T. P. (2015). *Aristóteles: de la potencia al acto*. Bonallettera Alcompas, S. L. España
- Ryan, R. M., & Deci E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. In S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology*.52(1) 141-166.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudemonic wellbeing. *Annual review of psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything – or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Saengtienchai, Ingersoll-Dayton, Kespichayawattana, & Aunguroch (2001). Psychological well-being Asian style: the perspective of Thai elders. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16, 283–302.
- San Martín, P. C., (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad,. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 8, 112-128.
- Sánchez, A. M. (1994). *El apoyo social informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación científica, N° 546. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Sanhueza, P., M., Castro, S. M., y Merino, E. J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17-21.

- Schaie, K. W. (1996) Intellectual development in adulthood. En J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4ª ed.) (pp. 266-286). San Diego: Academic Press.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2010). *Teorías de la personalidad*. CENGAGE Learning Editores. México
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A life-span model successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Segovia, D. M. G., y Torres, H. E. A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 62-166.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicator Research*, 5, 475-492.
- Shock, N. W. (1977). Biological theories of aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 103-115). Academic Press. San Diego, California.
- Silva, J. (2001). *Manual para el autocuidado de los adultos mayores*. Congreso Nacional: Comité nacional para el adulto mayor. 2ª ed Chile, 2001. Disponible en: <http://www.senama.gov.clArchivos721.pdf>
- Sinding, C., & Gray, R. (2005). Active aging—Spunky survivorship? Discourses and experiences of the years beyond breast cancer. *Journal of Aging Studies*, 19, 147–161.
- Smits, M. W. & Kee, C.C. (1992) Correlates of self-care among the independent elderly. Self-concept affects well-being. *Journal of Gerontological Nursing*.18, 13-18.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al.(1991). Thewill and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope.*Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.

- 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.
- Soondool, C., & Soo-Jung, P. (2008). Successful ageing among low income older people in South Korea. *Ageing y Society*, 28, 1061–1074.
- Staudinger, U. M., Freund A. M., Linden M., & Maas I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. En P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 302-328). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Stearns, S. C., Bernard, S. L., Fasick, S. B., Schwartz, R., Konrad, T. R., Ory, M. G., & DeFriese, G. H. (2000). The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 90(10), 1608.–1612
- Sternberg, R. J. (1990). *Methaphors of Mind*. New York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J., (Ed.) (1990). *Wisdom: Its nature, origins, and development*. New York: Cambridge University Press.
- Stevens, J., C., Cain W., S., Demarque A., & Ruthruff A. (1991). In the discrimination of missing ingredients Aging and salt flavor. *Appetite*, 16, 129-14.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: Patterned change in resources and goals. *Ageing & Society*, 18, 441–467.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 15.

- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Sum, S., Mathews, M. R., Pourghasem, M., & Hughes, I. (2008). Internet technology and social capital: How the internet affects seniors' social capital and wellbeing. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14, 202-22.
- Sun, H., & Nathan, V. (2001). Mechanistic studies of ABCR, the ABC transporter in photoreceptor outer segments responsible for autosomal recessive Stargardt disease. *Journal of Bioenergetics and Biomembrane*, 33, 523-53.
- Sunil, T., Rojas, V., & Bradley, D. (2007). United States' international retirement migration: The reasons for retiring to the environs of Lake Chapala, Mexico. *Ageing and Society*, 27(4), 489-51.
- Swinburn, B., & Egger, G. (2004). The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. *BMJ*, 329(7468), 736-739.
- Tate, R. B., Lah L. & Cuddy, T. E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: the Manitoba Follow-up Study. *The Gerontologist*, 43(5), 735-744.
- Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P., y Oliver A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 167-176.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P., & Mayordomo, T. (2015). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 283-289.
- Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence a theoretical and empirical exploration. En L. E. Thomas y S. A. Eisenhandler (Eds.), *Aging and Religious Dimension* (pp.203-225). Wesport: Greenwood.
- Tornstam, L. (2003). *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Recuperado de: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-68648>

- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19(01), 33–51.
- Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 152-162.
- Truly, D. (2002). International retirement migration and tourism along the Lake Chapala Riviera: developing a matrix of retirement migration behavior. *Tourism Geographies*, 4, 261–281.
- Tze Pin, N., Broekman, B. P., Niti, M., Gwee, X., & Fe, H. K. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 407–416.
- Uchida, Y., Norosakkunkit, V., & Kitayama, S. (2004). Cultural Constructions of Happiness: Theory and Empirical Evidence. *Journal of Happiness Studies*, 5, 223–239.
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22–33.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
- Villacís, B., y Carrillo, D. (2012). País atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Incluye resultados del censo de población 201. *Revista Analitika Edición Especial. INEC 2012*, 1-54.
- Villagra, V. (2004). Strategies to control costs and quality: a focus on outcomes research for disease management. *Medical Care*, 42, 4, 23–24.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing y Society*, 32, 1087–1105.

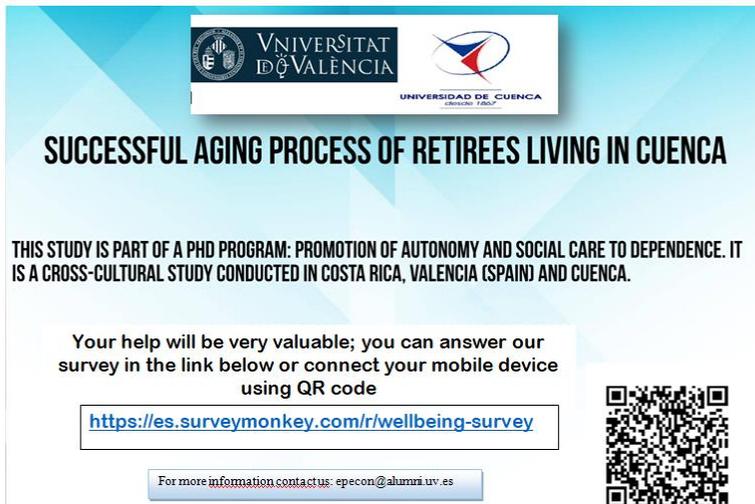
- Vivaldi, F., & Barra E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Von Faber, M., Bootsma–van der, W. A., Van, E. E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., Van Dongen, E., ... Westendorp, R. G. (2001). Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2694–270.
- Walker, A. & Maltby, T. (2012). Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(1), 117–13.
- Ward, R. (1979). Informal networks and well-being in later life: A research agenda. *The Gerontologist*. 25,55-61.
- Ware, J. E. (2008). Improvements in short-form measures of health status: Introduction to a series. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(1), 1–5.
- Watanabe, B. Y. A. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y salud*, 15(1), 121-126.
- Wiederhold, B. K., Riva, G. & Graffigna, G. (2013). Ensuring the best care for our increasing aging population: health engagement and positive technology can help patients achieve a more active role in future healthcare. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 2, 411–412.
- Williams, D. R., Larson, D. B., Buckler, R. E., Heckmann, R. C. & Pyle, C. M. (1991). Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science and Medicine* 32(11), 1257-1262.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., Butterworth, P., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2007). The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation in a longitudinal study. *The Gerontologist*, 47(2), 215-223.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *ISUMA: Canadian Journal of Policy Research*, 2, 11–17.

- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization.
- Yaghoobzadeh, A., Gorgulu, O., Yee, B. L., Wibisono, A. H., Pahlevan, S. S., Sharif, Nia, H., & Allen, K. A. (2018). A Model of Aging Perception in Iranian Elders With Effects of Hope, Life Satisfaction, and Socioeconomic Status: A Path Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(6), 522-53.
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 87–92.

## 9. Anexos

### Anexo 1

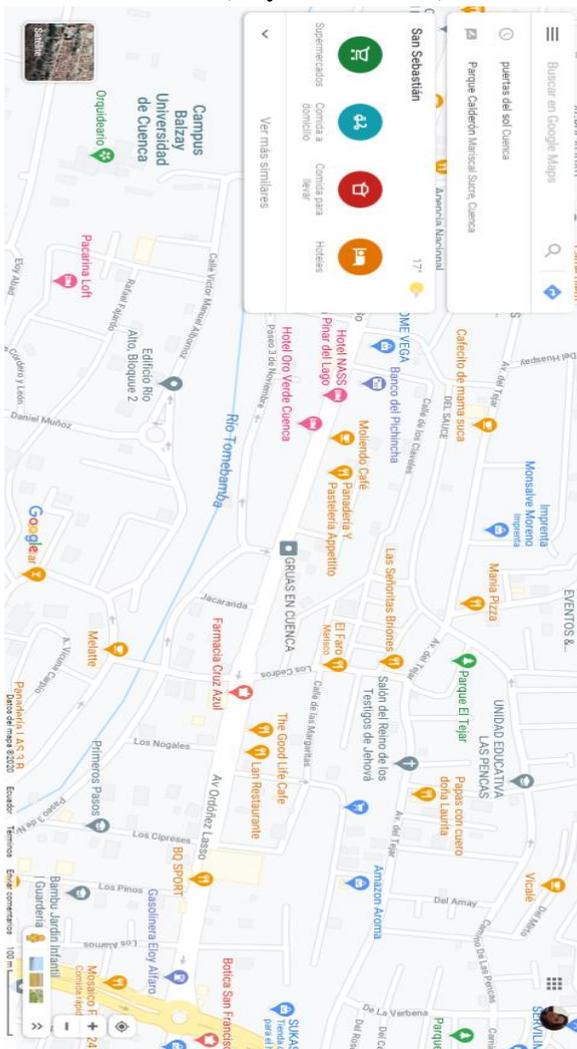
Formato de invitación para participar en la encuesta



The banner features logos for Universitat de València and Universidad de Cuenca at the top. The main title is "SUCCESSFUL AGING PROCESS OF RETIREES LIVING IN CUENCA". Below it, a paragraph states: "THIS STUDY IS PART OF A PHD PROGRAM: PROMOTION OF AUTONOMY AND SOCIAL CARE TO DEPENDENCE. IT IS A CROSS-CULTURAL STUDY CONDUCTED IN COSTA RICA, VALENCIA (SPAIN) AND CUENCA." The text continues: "Your help will be very valuable; you can answer our survey in the link below or connect your mobile device using QR code". A blue box contains the URL: <https://es.surveymonkey.com/r/wellbeing-survey>. At the bottom, a small blue box provides contact information: "For more information contact us: epecon@alumni.uv.es". A QR code is located on the right side of the banner.

## Anexo 2

Mapa de la zona en donde residen los adultos mayores migrantes de la ciudad de Cuenca (mayoritariamente)



## Anexo 3

### Encuesta Aplicada



Universitat de València - Universidad de Cuenca | 1  
Successful aging process of retirees living in Cuenca

1. Sex: Man \_\_\_\_\_ Woman \_\_\_\_\_ 2. Age: \_\_\_\_\_

3. How do you identify yourself?

Caucasian
Hispanic or Latino
Black or African American
Native American or American Indian
Asian / Pacific Islander
Other

4. What is the marital status?

Never married
Married (or living with a partner)
Divorced
Widowed
Separated
Never married

5. Education: What is the highest degree or level of school you have completed? If currently enrolled, highest degree received.

6. What is your country of origin? (where you were born)

\_\_\_\_\_

7. What is the country where you last resided before you arrived Cuenca?

\_\_\_\_\_

8. The time that you live in Cuenca

(approximate) is:

Less than 3 months
More than 3 months but less than 12 months
More than 12 months but less than 24 months
More than 24 months

9. What is your CURRENT work status?

Employee (salaried)
Employer (Hires one or more employees)
Own-account worker
Retiree
Not working for looking for a job
Not working for and NOT looking for a job
Unable to work

10. Have you worked for a wage even one hour for the last seven days?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11. Monthly individual income range

USD 1000\$ or less
USD 1000\$ to 2000\$
USD 2000\$ to 3000\$
USD 4000\$ or more



## 12. Housing: please identify your situation:

Home owner
Renter Household (house or apartment)
Assisted Living Unit
Unrelated group Household
Nursing home, Town's Senior Housing
Homeless Households (no permanent housing or living in temporary housing)

## 13. Indicate the number of people with whom you live: \_\_\_\_\_

## 14. Who do you live with?

Couple
Family
Friends
Alone
Other (specify):

## 15. Please, indicate in which degree you agree with these claims (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree).

	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
I can live comfortably with my pension for the low cost of living in this city					
The people are friendly					
My family lives in Cuenca					
Public transportation is affordable to older people					
Community transport services, including volunteer drivers and shuttle services, are available to take older people to specific events and places.					
Affordable housing is available for all older people.					
There is a range of appropriate services and appropriate amenities and activities in older people's housing facilities					



	1 totally disagree	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
Admission to an event is open (e.g. no membership required) and admission, such as ticket purchasing, is a quick, one-stop process that does not require older people to queue for a long time.					
Community facilities promote shared and multipurpose use by people of different ages and interests and foster interaction among user groups.					
Older people are consulted by public, voluntary and commercial services on ways to serve them better.					
Community action to strengthen neighborhood ties and support includes older residents as key informants, advisers, actors and beneficiaries.					
Economically disadvantaged older people enjoy access to public, voluntary and private services and events.					
There are flexible opportunities, with options for part-time or seasonal employment for older people.					
Older people are respected and acknowledged for their contributions.					
Support exists to enable older people to participate in meetings and civic events, such as reserved seating, support for people with disabilities, aids for the hard of hearing, and transportation.					
Regular information and programs broadcasts of interest to older people are offered in both regular and targeted media.					



	1 totally disagree	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
Health and social services are well distributed Throughout the city, are conveniently collocated, and can be reached readily by all means of transportation.					
Service facilities are safely constructed and are fully accessible for people with disabilities.					

16. Please, indicate in which degree buildings are accessible and have the following features (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree):

	1 totally disagree	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
Elevators					
Ramps					
Adequate signage					
Railings on stairs					
Stairs that are not too high or steep					
Non-slip flooring					
Rest areas with comfortable chairs					
Sufficient numbers of public toilets					
Public toilets are clean, well maintained, easily accessible for people with varying abilities, well signed and placed in convenient locations					

17. How would you rate Cuenca?

<input type="checkbox"/>	Much worse than expected
<input type="checkbox"/>	Slightly worse than expected
<input type="checkbox"/>	Just as expected
<input type="checkbox"/>	Slightly better than expected
<input type="checkbox"/>	Much better than expected

18. Do you speak Spanish? Yes \_\_\_\_\_ No, but I'm learning \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. Do you have any disability? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

20. Do you have any chronic illness? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



21. Overall, how would you rate your health during the past 4 weeks?

Very poor
Fair Poor
Good
Very good
Excellent

22. During the past 4 weeks, how much did physical health problems limit your physical activities (such as walking or climbing stairs)?

Not at all
Very little
Somewhat
Quite a lot
Could not do physical activities

23. During the past 4 weeks, how much difficulty did you have doing your daily work, both at home and away from home, because of your physical health?

Not at all
Very little
Somewhat
Quite a lot
Could not do daily work

24. How much bodily pain have you had during the past 4 weeks?

None
Very mild
Mild
Moderate
Severe
Very severe

25. During the past 4 weeks, how much energy did you have?

Very much
Quite a lot
Some
A little
None

26. During the past 4 weeks, how much did your physical health or emotional problems limit your usual social activities with family or friends?

Not at all
Very little
Somewhat
Quite a lot
Could not do social activities

27. During the past 4 weeks, how much have you been bothered by emotional problems (such as feeling anxious, depressed or irritable)?

Not at all
Slightly
Moderately
Quite a lot
Extremely

28. During the past 4 weeks, how much did personal or emotional problems keep you from doing your usual work, school or other daily activities?

Not at all
Very little
Somewhat
Quite a lot
Could not do daily activities



**29. FAMILY: Considering the people to whom you are related, either by birth or marriage ...**

	0.None	1.One	2.Two	3.Three or four	4.Five Through eight	5.Nine or more
How many relatives do you see or hear from at least once a month?						
How many relatives do you feel at ease with that you can talk about private matters?						
How many relatives do you feel close to such that you could call on them for help?						

**30. FRIENDSHIPS: Considering all of your friends, including those who live in your neighborhood ...**

	0.None	1.One	2.Two	3.Three or four	4.Five Through eight	5.Nine or more
How many friends do you see or hear from at least once a month?						
How many friends do you feel at ease with that you can talk about private matters?						
How many friends do you feel close to such that you could call on them for help?						

**31. Please, indicate in which degree you agree with these claims (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree)**

	1 totally disagree	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
I do exercise on a regular basis					
I usually follow a balanced diet					
I believe that my relations outside work are satisfactory					
I believe that my family relations are satisfactory					
I practice activities that help me to relax					
My self-care includes getting actively involved in spiritual practice, meditation, oration...					
I am constant. I have continuity with my spiritual practice					



	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
When I feel emotionally overloaded I try to find time for my own care					
When I feel overwhelmed by a clinical situation I feel that I can support on my team in order to elaborate this experience					

32. At the top of each of the following screens, you will see a statement. For each statement, please indicate how often you have felt this way recently by selecting the option you most agree with.

	0 - Not at all or less than 1 day last week	1 - One or two days last week	2 - Three to four days last week	3 - Five to seven days last week	4 - Nearly every day for two weeks
I did not feel like eating; my appetite was poor					
I had trouble keeping my mind on what I was doing					
I felt depressed					
I felt that everything I did was an effort					
My sleep was restless					
I felt sad					
I could not get "going"					

33. Please indicate for each of the statements, the extent to which they apply to your situation, the way you feel now. Please circle the appropriate answer (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree).

	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
I experience a general sense of emptiness					
There are plenty of people I can rely on when I have problems					
There are many people I can trust completely					
There are enough people I feel close to					
I miss having people around					
I often feel rejected					



34. Please, indicate whether or not you agree with these claims: (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree)

	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
I can think of many ways to get out of a jam					
I energetically pursue my goals					
There are lots of ways around any problem					
I can think of many ways to get the things in life that are important to me					
Even when others get discouraged, I know I can find a way to solve the problem					
My past experiences have prepared me well for my future					
I've been pretty successful in life					
I meet the goals that I set for myself					

35. Please, indicate whether or not you agree with these claims: (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree)

	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
In most ways my life is close to my ideal					
The conditions of my life are excellent					
I am satisfied with my life					
So far I have gotten the important things I want in life					
If I could live my life over, I would change almost nothing					



36. Please, indicate whether or not you agree with these claims (1 totally disagree, 2 disagree, 3 neutral, 4 agree, 5 totally agree)

	1 totally disagree,	2 disagree	3 neutral	4 agree	5 totally agree
I lead a purposeful and meaningful life					
My social relationships are supportive and rewarding					
I am engaged and interested in my daily activities					
I actively contribute to the happiness and wellbeing of others					
I am competent and capable in the activities that are important to me					
I am a good person and live a good life					
I am optimistic about my future					
People respect me					

37. The list that follows includes items which you may or may not experience, please consider how often you directly have this experience, and try to disregard whether you feel you should or should not have these experiences. A number of items use the word God. If this word is not a comfortable one for you, please substitute another idea which calls to mind the divine or holy for you.

	1 - Never or Almost never	2 - Once in a while	3 - Some days	4 - Most days	5 - Everyday	6 - Many times a day
I feel God's presence						
I experience a connection all life						
During worship, or at other times when connecting with God, I feel joy, which lifts me out of my daily concerns						
I find strength in my religion or spirituality						
I find comfort in my religion or spirituality						
I feel deep inner peace or harmony						



	1 - Never or Almost never	2 - Once in a while	3 - Some days	4 - Most days	5 - Everyday	6 - Many times a day
I ask for God's help in the midst of daily activities						
I feel God's love for me directly						
I feel God's love for me through others						
I am spiritually touched by the beauty of creation						
I feel thankful for my blessings						
I feel a selfless caring for others						
I accept others even when they do things that I think are wrong						
I desire to be closer to God or in union with Him						

38. In general, how close to you feel to God?

<input type="checkbox"/>	Not close at all
<input type="checkbox"/>	Somewhat close
<input type="checkbox"/>	Very close
<input type="checkbox"/>	As close as possible

39. Thank you for your time. Your answers will be very valuable to know the successful aging process of retirees living in Cuenca.