

UNIVERSIDAD DE GRANADA

2014



La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

CRISTINA GABRIELA DUMITRACHE

DIRECTORA: DRA. RAMONA RUBIO HERRERA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN GERONTOLOGÍA SOCIAL

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA
EDUCACIÓN**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Cristina Gabriela Dumitrache
D.L.: GR 1983-2014
ISBN: 978-84-9083-183-0

“¿Teme a la vejez?

¿Por qué voy a temerla? La vejez es la etapa más agradable de la vida; rodeado de los que nos quieren vivimos otra vez nuestros recuerdos. Pero esta vez sin incertidumbre ni desasosiego, sabiendo que lo pasado ya pasó”.

Miguel Delibes - La sombra del ciprés es alargada.

**A mis abuelos Tudora y Costica y a los mayores del Aula de Mayores
“Ciudad de Granada”**

La doctoranda **Cristina Gabriela Dumitrache** y la directora de la tesis **Dra. Ramona Rubio Herrera** garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de la directora de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

En Granada, 16 de junio de 2014

Director/es de la Tesis

Dra. Ramona Rubio Herrera



Fdo.:

Doctoranda

Cristina Gabriela Dumitrache



Fdo.:

El presente trabajo de investigación ha sido financiado por la Secretaría General de Universidades Investigación y Tecnología de la Junta de Andalucía- a través del Programa de Incentivos a los Agentes del Sistema Andaluz del Conocimiento en Áreas de conocimiento consideradas deficitaria por necesidades de personal (convocatoria 2009 - BOJA 47 10.03.2009) y cofinanciada por el Fondo Social Europeo.

AGRADECIMIENTOS

Estoy casi al final de trayecto. Mirando atrás estoy recordando a todas las personas que se han cruzado en mi camino y que han hecho posible que este sueño se haga realidad. Sin todos vosotros, vuestro cariño, vuestra paciencia y optimismo este proyecto nunca se podía haber llevado a cabo.

A la Universidad de Granada que me acogió siendo todavía adolescente y que me ha permitido crecer profesionalmente y aprender.

A mi directora, Ramona, por todo lo que me has enseñado y por creer firmemente que los sueños se pueden alcanzar si uno lo desea con suficiente fuerza. Por “adoptarme” en el despacho y permitirme conocer a gente de tantos sitios y por abrirme la puerta del “Aula de Mayores Ciudad de Granada”. Por compartir conmigo todas las alegrías y las dificultades de todas las fases de la tesis.

A todas las personas mayores que me abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones compartiendo conmigo las historias de sus vidas. Por todas las infusiones y bizcochos que me esperaban los días que venía a hacer la entrevista.

A mis padres, por haber despertado en mí la pasión por aprender. Habéis confiado en mí y me habéis animado a volar a más 1500 kilómetros de casa. Gracias a vuestra forma de ser soy quien soy. Gracias a mi abuela y a tía María por quererme y mimarme desde pequeña y por todos los veranos que nutrieron mi infancia y adolescencia.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

A mi esposo, Daniel, gracias por tu optimismo y por creer siempre en mí, incluso cuando yo duda de mí misma. Gracias por quererme, por todos los segundos que me regalaste, todos los borradores de artículos que revisaste, por la paciencia y por el apoyo “logístico” que me permitió trabajar muchas horas.

A Nieves y a Dairo, que más que amigos sois hermanos, por compartir mi sueño y por ser mi ejemplo. En el camino que he recorrido con cada uno de vosotros siempre habéis estado a mi lado, todas las llamadas, los consejos, las risas, el ánimo que me habéis infundado.

A Ana, Laura, Mercedes y a Gisella por compartir conmigo la pasión por la Gerontología. A mis amigas Alexandra, Luciana e Ioana por vuestra amistad y apoyo y por ser mi familia de aquí. A Brenda y a Kat por hacer que mi estancia en Bangor fuera más fácil.

A la doctora Gill Windle, gracias por todo lo que me has enseñado y por acogerme en Bangor. A los doctores Peter Martin, Jasmiska Despot Lukanin y Hui-Chuan Hsu por aceptar ser evaluadores externos de mi tesis y a los doctores Francisco Martín del Buey, José Carlos Millán Calenti, Constança Paúl, Carmen Pichardo, María José Simón, Adelina Jimeno y Emilio Sanchez-Cantalejo por aceptar evaluar mi tesis.

A todas las personas que hicieron posible que esta tesis saliera adelante, muchas gracias.

Resumen

Los recursos psicológicos y sociales, tales como la extraversión, el optimismo, el apoyo social o la red social contribuyen a la adaptación ante los cambios inherentes a la edad y al mantenimiento de la satisfacción vital. Partiendo de los planteamiento del marco general del envejecimiento con éxito y desde el *modelo de la adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002) la presente tesis doctoral tuvo como objetivo general analizar el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital de un grupo de personas mayores de 65 años. Concretamente se pretendía conocer el impacto conjunto de diferentes recursos psicosociales y estudiar el posible papel mediador y moderador de dichos recursos. Para alcanzar dicho objetivo se utilizó un diseño correlacional de tipo trasversal en el cuál la muestra se seleccionó a través de un muestreo de tipo incidental por cuotas no proporcional. La muestra estuvo compuesta por 406 personas mayores de 65 años ($M= 74.88$, $DT= 6.75$) que vivían en zonas urbanas de Granada. Para estudiar el efecto conjunto de los recursos psicosociales, de la salud y de las características sociodemográficas en la satisfacción vital se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos. Asimismo se realizaron análisis de mediación múltiple y de moderación utilizando el procedimiento bootstrapping. Los análisis ponen de manifiesto que, mientras las características sociodemográficas y el estado de salud solo tenían un impacto modesto en la satisfacción vital de las personas mayores, la personalidad y las relaciones sociales estaban positiva y moderadamente asociadas con la satisfacción con la vida. Además el apoyo emocional, el apoyo afectivo y la satisfacción con los amigos mediaban la relación entre extraversión y satisfacción vital. El tamaño de la red social, la función familiar y el apoyo tangible mediaban la asociación entre optimismo y satisfacción vital. Para las personas mayores que tenían limitaciones funcionales sólo el tamaño de la red social y la función familiar explicaban el efecto indirecto del optimismo en la satisfacción vital. El apoyo social moderaba además el efecto de la evaluación subjetiva del estado propio de salud en la satisfacción vital. Por tanto el optimismo, la extraversión y las relaciones sociales son recursos importantes para la satisfacción vital de las personas mayores.

Abstract

Psychological and social resources such as extraversion, optimism, social support or social networks contribute to adaptation, age-related changes and life satisfaction maintenance in old age. The overall aim of this thesis was to study the impact of psychosocial resources on life satisfaction in a group of people age 65 years old and older. Specifically the joint effect of psychosocial resources, health and socio-demographic characteristics was analyzed. Also different social relations variables were analyzed as possible mediators in the link between extraversion and life satisfaction and between optimism and life satisfaction respectively. In addition the role of optimism and social support as moderators of health deterioration was tested. Building on assumptions derived from the general framework of *successful aging* and from the *developmental adaptation model* (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002) a cross-sectional survey using non-proportional quota sampling was carried out. The sample comprised 406 community-dwelling older adults ($M= 74.88$, $SD= 6.75$) from urban areas of Granada, southern Spain. In order to collect the data, face-to-face interviews were individually conducted. Multiple regression analysis was used to assess the joint impact of psychosocial resources, health and socio-demographic variable. Multiple mediation and moderation analysis were performed using the bias-corrected and accelerated bootstrapping approach developed by Preacher and Hayes (2008). The results show that while socio-demographic and health status were modestly associated with life satisfaction, personality and social relations variables were positively and moderately linked to life satisfaction. Furthermore, emotional support, affectionate support and satisfaction with friends mediated the association between extraversion and life satisfaction. Network size, satisfaction with family life and tangible support mediated the association between optimism and life satisfaction. However, when older people experience health-related limitations, tangible support no longer explained the relation between optimism and life satisfaction. Also perceived social support moderated the association between subjective evaluations of health and life satisfaction. Thus optimism, extraversion and social relations are important resources for older adults' life satisfaction.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
CAPÍTULO 2: MODELOS TEÓRICOS EN EL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA.....	17
2.1. ¿Por qué estudiar el envejecimiento desde una perspectiva positiva?.....	19
2.2. Orígenes en el estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva	20
2.3. Teorías sociológicas y psicológicas	26
2.3.1. La teoría de la desvinculación.....	26
2.3.2. La teoría de la actividad	28
2.3.3. La teoría de la continuidad.....	32
2.3.4. La teoría de la selectividad socioemocional.....	35
2.4. Aportaciones teóricas desde la perspectiva humanista.....	36
2.4.1. La teoría psicosocial de Erikson.....	37
2.4.2. La teoría de la gerotranscendencia	39
2.5. Envejecimiento con éxito y conceptos afines.....	42
2.5.1. El envejecimiento con éxito	44
2.5.2. El envejecimiento activo	50
2.5.3. El envejecimiento saludable.....	52
2.6. Modelos teóricos centrados en los recursos que favorecen la adaptación.....	55
2.6.1. El modelo de adaptación evolutiva	55
2.6.2. El modelo de conservación de recursos	57
2.6.3. El modelo de la capacidad de reserva	58
CAPÍTULO 3: LA SATISFACCIÓN VITAL EN LAS PERSONAS MAYORES	61
3.1. Satisfacción vital como criterio del envejecimiento con éxito.....	63
3.2. La satisfacción vital como componente del bienestar subjetivo	65
3.3. La satisfacción vital y otros conceptos similares	68
3.4. La estabilidad de la satisfacción vital en la vejez a pesar de los cambios.....	69
3.5. Recursos que influyen en la satisfacción vital de las personas mayores.....	72
3.5.1. Los recursos socioeconómicos	74
3.5.2. El estado de salud.....	78
3.5.3. Los recursos personales: los rasgos de personalidad.....	80
3.5.3.1. La extraversión y la satisfacción vital	83

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

3.5.3.1.1. Las relaciones sociales como explicación de la asociación entre extraversión y satisfacción vital.....	85
3.5.3.2. El optimismo disposicional y la satisfacción vital	90
3.5.3.2.1. Las relaciones sociales como explicación de la asociación entre optimismo y satisfacción vital.....	97
3.5.4. Los recursos sociales.....	99
3.5.4.1. Las relaciones con la familia.....	104
3.5.4.2. Las relaciones con los amigos.....	108
3.5.5. La interrelación entre los rasgos de personalidad y las relaciones sociales y su papel conjunto en la predicción de la satisfacción vital de las personas mayores	111
3.5.6. El papel moderador de los recursos psicológicos y sociales en la relación entre salud y satisfacción vital.....	115
CAPÍTULO 4: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	119
4.1. Preguntas de investigación	121
4.2. Objetivo general y objetivos específicos.....	121
4.3. Hipótesis.....	122
CAPÍTULO 5: MÉTODO.....	127
5.1. Diseño de investigación	129
5.2. Participantes	129
5.3. Procedimiento	131
5.3.1. Muestreo.....	131
5.3.2. Procedimiento en la recogida de datos.....	132
5.3.3. Análisis estadístico.....	134
5.4. Instrumentos.....	138
5.4.1. Satisfacción vital	139
5.4.2. Características sociodemográficas	140
5.4.3. Recursos socioeconómicos.....	140
5.4.5. Estado de salud.....	141
5.4.6. Recursos sociales.....	142
5.4.7. Recursos personales	148
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	151
6.1. Descripción de la muestra: estado de salud, relaciones sociales, personalidad y satisfacción vital.....	153
6.1.1. Estado de salud de los participantes.....	153

6.1.2. Recursos sociales de los participantes: red social, apoyo social e integración social	155
6.1.2.1. Red social: composición, frecuencia de contacto y tiempo dedicado a la interacción social.....	155
6.1.2.2. Apoyo social, satisfacción con las relaciones sociales, importancia de las relaciones sociales, aceptación e integración social	156
6.1.3. Recursos personales: extraversión y optimismo.....	158
6.1.4. La satisfacción vital de los participantes	159
6.2. La satisfacción vital y su relación con los recursos psicosociales.....	159
6.2.1. Características sociodemográficas y satisfacción vital de los participantes.....	160
6.2.2. Recursos socioeconómicos y satisfacción vital.....	160
6.2.3. El estado de salud y la satisfacción vital	161
6.2.4. Recursos sociales y satisfacción vital.....	163
6.2.5. Recursos personales y satisfacción vital	163
6.3. La influencia conjunta de los recursos sociales y personales, la salud y los recursos socioeconómicos	165
6.4. La relación entre los recursos sociales y los recursos personales	169
6.5. Resultados de los análisis de mediación múltiple	172
6.5.1. Los recursos sociales como explicación de la asociación entre extraversión y satisfacción vital.....	172
6.5.1.1. Modelo de mediación múltiple de la asociación entre la extraversión y la satisfacción vital para el grupo de participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud	179
6.5.1.2. Modelo de mediación múltiple de la asociación entre la extraversión y la satisfacción vital para el grupo de participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud.....	180
6.5.2. Los recursos sociales como explicación de la asociación entre optimismo y satisfacción vital.....	184
6.5.2.1. Modelo de mediación múltiple para el grupo de participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud	190
6.5.2.2. Modelo de mediación múltiple para el grupo de participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud	191
6.6. Efecto moderador del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre salud y satisfacción vital.....	193
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	197
7.1. Discusión.....	199
7.2. Limitaciones.....	222

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

7.3. Futuras líneas de investigación	227
7.4. Contribuciones de este estudio.....	230
7.5. Implicaciones para la práctica gerontológica	233
7.6. Conclusiones	236
CHAPTER 8: ENGLISH SUMMARY OF THE DISSERTATION	239
CHAPTER 9: MAIN CONCLUSIONS	309
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	313
ANEXO: INSTRUMENTOS UTILIZADOS	347

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. El modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Khan.	45
Figura 2.2. Los tres pilares de la política social del envejecimiento activo de la OMS.....	51
Figura 2.3. El modelo de adaptación evolutiva.	56
Figura 3.1. El concepto de bienestar	66
Figura 4.1. Modelo hipotético del efecto mediador de los recursos sociales en la relación entre extraversión y satisfacción vital	124
Figura 4.2. Modelo hipotético del papel mediador de los recursos sociales en la relación entre optimismo y satisfacción vital.....	125
Figura 4.3. Modelo hipotético del papel moderador del apoyo social y del optimismo en la relación entre el deterioro de salud y la satisfacción vital.....	125
Figura 6.1. Modelo hipotético 1 de la relación entre extraversión y satisfacción vital.	173
Figura 6.2. Modelo hipotético 2 de la relación entre extraversión y satisfacción vital.....	176
Figura 6.3. Modelo hipotético 1 de la relación entre optimismo y satisfacción vital.....	184
Figura 6.4. Modelo hipotético 2 de la relación entre optimismo y satisfacción vital.....	186
Figure 8.1. The model of successful aging by Rowe and Khan.	248
Figure 8.2. Hypothetical model of the mediating role of social resources in the link between extraversion and life satisfaction.....	266
Figure 8.3. Hypothetical model of the mediating role of social resources in the link between optimism and life satisfaction	267
Figure 8.4. Hypothetical model of the moderator role of social support and optimism on the impact that health deterioration has on life satisfaction.	268

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1. El nivel educativo de los participantes expresado en porcentajes.....	131
Gráfico 6.1. Puntuaciones medias en satisfacción vital de los participantes expresadas en percentiles	159
Gráfico 6.2. Puntuación en la satisfacción con la vida en función de la valoración subjetiva del estado propio de salud.....	162
Gráfico 6.3. Efecto moderador del apoyo social en la relación entre estado percibido de salud y satisfacción vital.....	195
Graph 8.1. Participants' educational level in percentages.....	270
Graph 8.2. Moderator effect of social support on perceived health status and life satisfaction	296

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Diferentes conceptos que describen el envejecimiento desde una perspectiva positiva	43
Tabla 5.1. Características sociodemográficas de los participantes.....	130
Tabla 5.2. Muestreo en base al porcentaje de personas mayores de 65 años de Granada capital por grupo de edad y sexo.....	132
Tabla 5.3. Asociaciones de Mayores y Centros de Participación Activa para Personas Mayores de Granada que participaron en el estudio	133
Tabla 5.4. Datos sobre la consistencia interna de los instrumentos de la tesis.....	150
Tabla 6.1. Problemas de salud y enfermedades de los participantes.....	154
Tabla 6.2. Estadísticos descriptivos de las variables que miden relaciones sociales	156
Tabla 6.3. Correlaciones entre diferentes aspectos de las relaciones sociales y la satisfacción vital	164
Tabla 6.4. Resultados de la regresión múltiple de los recursos psicosociales prediciendo la satisfacción vital.....	167
Tabla 6.5. Correlaciones entre los recursos sociales y los recursos personales	170
Tabla 6.6. Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2..	177
Tabla 6.7. Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital análisis separado para los grupos de participantes con y sin limitaciones debidas a los problemas de salud	182
Tabla 6.8. Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2.....	187
Tabla 6.9. Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital análisis separado para los grupos de participantes con y sin limitaciones debidas a los problemas de salud	192
Tabla 6.10. Análisis de moderación del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre estado de salud y satisfacción vital	194
Table 8.1. Summary of Demographic characteristics	269
Table 8.2. Participants' Health status	277
Table 8.3. Descriptive information of social resources.....	278
Table 8.4. Correlations between social resources and life satisfaction	281
Table 8.5. Results of the stepwise multiple regression analysis for life satisfaction	283
Table 8.6. Correlations between social resources and personal resources	286
Table 8.7. Indirect effect of extroversion on life satisfaction (model 1 and model 2)	288
Table 8.8. Indirect effect on optimism on life satisfaction (model 1 and model 2)	291
Table 8.9. Indirect effect of optimism on life satisfaction separate anlysis for people with and withouth health restrictions	2955

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo pasado el aumento de la población mayor en los países occidentales y especialmente en Europa, el continente más envejecido, ha alcanzado unas proporciones sin precedentes. Este progresivo crecimiento seguirá su curso de manera irrevocable en los próximos cincuenta años.

España es uno de los países que mejor ilustra esta tendencia: a principio del siglo XX solamente un 5.2% de la población española llegaba a los 65 años, mientras que en la actualidad la población mayor representa casi el 17% de la población española y las predicciones futuras indican que para 2050 la población mayor superará el 30% (IMSERSO, 2012). Por tanto el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más relevante de las últimas décadas y, dado que implica que un mayor número de personas tienen una alta esperanza de vida, representa una gran conquista para la humanidad (Fernández-Ballesteros, 2008; López Doblas y Díaz Conde, 2007).

Aunque el aumento en la esperanza de vida sea un logro importante de los últimos cincuenta años, al mismo tiempo genera un aumento de la probabilidad de dependencia, y en consecuencia, un incremento de las demandas vinculadas a las necesidades de cuidados y atención de las personas mayores. Vivir más años supone también una mayor probabilidad de tener problemas de salud y de sufrir deterioro de la capacidad funcional (Higgs, Hyde, Wiggings y Blane, 2003; Jylha, 2004).

De este modo, afrontar las consecuencias del fenómeno de envejecimiento representa un gran desafío para nuestra sociedad, ya que requiere la puesta en marcha políticas económicas y sociales que optimicen aquellos recursos personales y ambientales necesarios para favorecer un envejecimiento exitoso y el mantenimiento de una adecuada calidad de vida. Dichas políticas deberán impulsar la promoción de la autonomía, de la salud y de la calidad de vida (Bowling, 2005; Bowling y Iliffe, 2011).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Esto nos conduce a reflexionar sobre la necesidad de seguir estudiando los diferentes determinantes del envejecimiento satisfactorio, y a la vez tratar de explicar cómo llegan a influir algunas de las variables más relevantes en el proceso de envejecimiento.

Ante esto el principal objetivo de esta tesis doctoral es estudiar el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital de personas mayores de 65 años de Granada capital. Así se pretende aportar nuevos datos sobre la influencia conjunta de algunas variables de personalidad, de las relaciones sociales, el estado de salud y del estatus socioeconómico en la satisfacción vital de las personas mayores y explorar los posibles efectos mediadores y moderadores de dichas variables. Para ello hemos planteado un diseño de investigación descriptivo-correlacional de corte transversal utilizando un muestreo por cuotas en el que se estableció el número mínimo de entrevistas a realizar para cada grupo de edad y según su distribución por género.

En la presente investigación partimos del marco general del envejecimiento con éxito, considerando la satisfacción vital como criterio para envejecer exitosamente. Resaltando la importancia de la adaptación ante las circunstancias cambiantes inherentes a la vejez como medio para alcanzar el envejecimiento exitoso, situamos esta investigación en el marco del *modelo de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002) según el cual los rasgos de personalidad, las relaciones sociales, la salud o el nivel educativo se pueden considerar recursos psicosociales claves para el mantenimiento del bienestar. Dichos recursos juegan un importante papel en la promoción del envejecimiento exitoso y en el mantenimiento de la satisfacción vital, mediando y moderando los efectos negativos de los acontecimientos perjudiciales.

El documento que presentamos tratará de exponer el proceso de revisión sobre el tema en cuestión y nuestro abordaje posterior del mismo.

El texto se articula en torno a tres bloques fundamentales. Un primer bloque, correspondiente a la descripción del contexto y de la problemática de estudio, donde también exponemos el marco teórico desde el que abordaremos el problema de investigación y el estado de la cuestión.

Un segundo bloque, en el que describimos el diseño de la investigación, el método seguido, los principales resultados, las conclusiones, las nuevas preguntas surgidas del estudio realizado junto con las implicaciones de dicho estudio. Finalmente un tercer bloque en el que se presenta un amplio resumen y las principales conclusiones de la tesis en inglés.

El primer bloque está compuesto por los capítulos uno, dos, tres y cuatro. El capítulo uno recoge una descripción del planteamiento y justificación del problema de investigación. Los capítulos dos y el tres constituyen el núcleo central de la tesis. En el capítulo dos se describen los modelos teóricos en el estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva. En el capítulo tres se recoge el estado de la investigación en la problemática de estudio con respecto a la satisfacción vital. Seguidamente en el cuarto capítulo se expondrán los objetivos y las hipótesis de la tesis doctoral.

El segundo bloque se corresponde con los capítulos cinco y seis. En el capítulo cinco se expone el marco empírico, en él se detallan aspectos como el diseño y los instrumentos utilizados. En el sexto se presentan los resultados y en el séptimo se discuten los resultados y las limitaciones del presente estudio y se dan algunas pinceladas sobre las líneas futuras de trabajo.

Por último en los capítulos ocho y nueve se incluye un resumen amplio de la tesis y las principales conclusiones de la tesis doctoral en inglés.

CAPÍTULO 1:

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como acertadamente describe Lya Luft (2005) en su libro *Pérdidas y ganancias*, el envejecimiento conlleva cambios y pérdidas en distintos ámbitos de la vida. Aspectos como el aumento de la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y el deterioro de la capacidad funcional, la muerte de amigos y familiares o la pérdida de roles sociales son acontecimientos críticos, inalterables e incontrolables (Chen y Feeley, 2014; Duke, Leventhal, Brownlee y Leventhal, 2002; Kane, 2005; Martin, 2002; Smith, Borchelt, Maier y Jopp, 2002) que podrían afectar negativamente el bienestar de las personas mayores.

En relación a los problemas de salud, el último informe publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) pone de manifiesto que en España casi el 82% de las personas mayores de 65 años tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico. Las enfermedades más frecuentes son la hipertensión, que la padecen algo más del 50% de los mayores, dolor crónico en la zona cervical o lumbar de la espalda, que menciona casi el 57 %, o incontinencia urinaria que padece el 23% de los mayores. Además el 46% de las personas con edades superiores a los 65 años tienen alguna discapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Con respecto a la percepción subjetiva de la salud, el 40% de las personas mayores tiene una percepción positiva de su estado de salud, indicando que su estado de salud es bueno o muy bueno. Mientras tanto el 37% considera que está regular de salud y 22.2% de la población mayor tiene una percepción negativa, indicando que su salud es mala o muy mala (IMSERSO, 2012).

Aunque sea pertinente esperar que el bienestar disminuya en la vejez debido a la multitud de circunstancias potencialmente estresantes se ha encontrado que un considerable número de personas mayores no están deprimidas o insatisfechas (Bowling y Dieppe, 2005; Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999; Villar, 1997; Zarit, 2009), experimentando satisfacción, crecimiento y vitalidad (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Kane, 2005; Onedera y Stickle, 2008).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

En otras palabras muchas personas mayores experimentan una ‘buena vejez’ (Zarit, 2009).

Así, a pesar de los problemas de salud y de las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, casi el 90 % de las personas mayores españolas dicen disfrutar de la vida y más del 60% de las personas con edades superiores a los 65 años se sienten felices, estando su media de felicidad por encima de la media europea. Esta tendencia a experimentar emociones positivas no es un fenómeno temporario, el 80 % del tiempo los mayores indican que se sienten contentos y satisfechos consigo mismos (IMSERSO, 2009). Todos estos datos ilustran que muchas personas mayores y muy mayores, aunque se enfrenten a dificultades, demuestran una gran capacidad de adaptación (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; Brandtstädter y Greve, 1994; Staudinger, Marksiske y Baltes, 1995) y siguen experimentando bienestar.

Inicialmente algunos autores consideraron que la tendencia de las personas mayores de mantener su bienestar a pesar de las dificultades era una paradoja, “*la paradoja del bienestar*” (Kunzmann, Little y Smith, 2000, 2002; Mroczek y Kolarz, 1998). En cambio, Kunzmann et al. (2000) afirman que esta relativa estabilidad del bienestar en la vejez no es necesariamente una paradoja si se considera la adaptación a los cambios asociados a la vejez como un proceso natural y habitual. Del mismo modo, Charles y Carstensen, (2010) apuntan que esta supuesta paradoja ha sido resuelta por los modelos teóricos que incorporan las estrategias y los procesos que favorecen la adaptación y la resiliencia en la vejez.

Tal y como afirman Greve y Staudinger (2006) la estabilidad de la satisfacción vital en la vejez, o la *paradoja del bienestar* demuestra la presencia de “mecanismos que amortiguan o absorben completamente el creciente impacto de las circunstancias desfavorables [...], la expresión y resultado de los procesos y recursos relacionados con la resiliencia” (p.797 - 798).

Esta postura estaría, por tanto, vinculada a los estudios sobre resiliencia que tienden a demostrar que los individuos más resilientes logran una mayor satisfacción vital (p.ej. Fuller-Iglesias, Sellars y Antonucci, 2008; Steca, Alessandri y Caprara, 2010; Wild, Wiles y Allen, 2013).

Parece que la resiliencia es un fenómeno frecuente que surge de la coordinación de diferentes procesos básicos (Ong, Bergeman y Boker, 2009) y que permiten el mantenimiento de bienestar subjetivo y de la salud mental. Concretamente el mantenimiento de bienestar subjetivo y de la salud mental ocurren gracias a “una constelación de recursos que protegen a las personas de las condiciones desfavorables, compensando y neutralizando [...] la aparición de crisis y pérdidas” (Greve y Staudinger 2006, p. 830). Según P. Martin (2002) se trata de recursos internos, como las características de personalidad, y externos como las relaciones sociales y los recursos económicos que pueden moderar el impacto negativo de los cambios asociados a la edad. Estos recursos constituyen *la capacidad de reserva* de la que disponen los individuos para adaptarse a los cambios (Hoyer, 2002).

Es importante considerar el impacto de la personalidad en los estudios sobre envejecimiento porque ésta se asocia a tendencias comportamentales (Swickert, Rosentreter, Hittner y Mushrush, 2002) que posteriormente influirán en la salud, la longevidad, en el bienestar y en la calidad de vida (Ozer y Benet-Martínez, 2006; Poon et al., 2010; Versey, Stewart y Duncan, 2013). Se ha visto que los rasgos de personalidad predicen la elección de actividades de ocio, la implicación en la comunidad, las reacciones emocionales ante diferentes circunstancias y, como veremos más en adelante, la cantidad y la calidad de las interacciones sociales (Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon y Diener, 2005; Kolanowski y Richards, 2002; Ozer y Benet-Martínez, 2006). Además los rasgos de personalidad son importantes porque, junto con el *self*, organizan los procesos de resiliencia (Greve y Staudinger, 2006).

Por todo lo anterior consideramos que los rasgos de personalidad son recursos claves para el mantenimiento del bienestar en la vejez y para el proceso de envejecimiento en general (Ardelt, 1997; Steel, Schmidt y Shultz, 2008; Versey et al. 2013; Woods y Windle, 2008) y, como consecuencia, es necesario entender cuáles son las vías que explican la influencia de dichas variables en la satisfacción vital de las personas mayores.

Al mismo tiempo, a la hora de estudiar el envejecimiento con éxito, resulta de gran importancia considerar las relaciones sociales.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

El ser humano está inmerso en un contexto social, de modo que las relaciones sociales y las percepciones que tenemos de ellas, constituyen uno de los predictores claves del desarrollo y del bienestar; por ello el estudio de las relaciones sociales es imprescindible (Krause, 2007; Navarro, Meléndez y Tomas, 2008).

Las relaciones sociales también afectan la salud física y mental, la longevidad, la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Golden, Conroy y Lawlor, 2009; Kafetsios y Sideridis, 2006; Poulin, Deng, Ingersoll, Witt y Swain, 2012). Se ha visto, no obstante, que el número de personas que componen la red social es de menor importancia, siendo la calidad de las relaciones con los miembros que la componen, o el apoyo proporcionado por los integrantes de la red, de mayor importancia (Cotter y Lachman, 2010; Kreager, 2006).

El apoyo social favorece el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas reduciendo el afrontamiento desadaptativo, y a la vez fomenta la motivación para solucionar las situaciones estresantes (Shen, McCreary y Myers, 2004; Stanton, Revenson y Tennen, 2007). Al mismo tiempo el apoyo social amortigua el efecto negativo que tiene el estrés sobre la salud y contribuye al manejo de los síntomas depresivos y de otros estados emocionales negativos (Cotter y Lachman, 2010; Shen et al., 2004). Por tanto el apoyo social es “una variable con implicaciones para la vida real” (Swickert et al., 2002, p. 878) y por ello consideramos fundamental que estos factores, junto con la extensión de la red social, la frecuencia de contacto con los integrantes de la red y la satisfacción con las relaciones sociales, deberían formar parte de cualquier estudio que pretende entender la satisfacción vital de las personas mayores.

Además, aunque el impacto que tienen las relaciones sociales en la satisfacción vital de las personas mayores se haya estudiado extensamente, existen diferencias culturales en cuanto a la fuerza de la asociación entre estos dos constructos (Pethtel y Chen, 2010) y por ello consideramos necesario seguir estudiando este aspecto en el contexto español.

Por otro lado nos parece sorprendente que a pesar de los paralelismos entre las relaciones sociales y las características de personalidad en cuanto a su habilidad para

predecir aspectos importantes de la vida de las personas, poco se sabe sobre cómo se relacionan estas variables entre sí en la vejez. Además, a pesar de que personalidad y las relaciones sociales estén interconectadas, influyéndose mutuamente (Back et al., 2011), pocos estudios han integrado estas variables para estudiar la posibilidad de que la red social y el apoyo social expliquen la relación entre personalidad y bienestar subjetivo (Zhu, Woo, Porter y Brzezinski, 2013).

Dado que se desconocen los mecanismos explicativos de la influencia que tiene la personalidad en el funcionamiento positivo en la vejez (Franco et al., 2009), en el presente estudio nos proponemos estudiar el posible efecto mediador de las relaciones sociales en la asociación previamente detectada entre algunas características de personalidad y la satisfacción vital de las personas mayores.

Además de la personalidad y las relaciones sociales, la satisfacción vital de los mayores también depende del estado de salud. La salud afecta el auto-cuidado, la interacción y la participación social (Duke et al, 2002; Ekström, Ivanoff y Elmståhl, 2008; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith et al., 2002). Igualmente, la salud se asocia con la autonomía, con el control sobre la propia vida y con la toma de decisiones (Bowling, 2005; Bowling y Windsor, 2001; Sparks, Zehr y Painter, 2004; Yanguas, 2006). Es una variable clave en la predicción de la satisfacción vital en la vejez (Argyle, 2001; Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Ruíz, 2001; Gana, Bailly, Saada, Joulain y Alaphilippe, 2013) siendo el impacto de la salud en la satisfacción vital mayor en las personas mayores (Diener y Suh, 1998). Por ello consideramos que es importante tener en cuenta esta variable a la hora estudiar la satisfacción vital de las personas mayores.

El estatus socioeconómico es otro de los recursos que, según el modelo *de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002), podría determinar el mantenimiento del bienestar. Se ha visto que el estatus socioeconómico influye la salud física y mental, la participación social, las actividades de ocio realizadas y la percepción subjetiva sobre el proceso de envejecimiento (Barrett, 2003; Bishop, Martin y Poon, 2006; Gouda y Okamoto, 2012; Herzog, Franks, Markus, Holmberg, 1998; Jang, Choi y Kim, 2009).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Asimismo el estatus socioeconómico determina la trayectoria laboral y las diferentes circunstancias que surgen a lo largo del ciclo vital (Barrett, 2003). Así el estatus socioeconómico es otra variable a tener en cuenta a la hora de estudiar la satisfacción vital y el envejecimiento exitoso.

El enfoque centrado en los recursos que favorecen la adaptación ante las circunstancias estresantes ha generado múltiples investigaciones (e.g. Bishop et al., 2006; Dai, Zhang y Li, 2013; Jopp y Rott, 2006; Kahana, Kelley-Moore y Kahana, 2012; Schöllgen, Huxhold, Schüz y Tesch-Römer, 2011; Windle y Woods, 2004; Windsor, Fiori, y Crisp, 2012), no obstante pocas se han realizado con personas mayores españolas.

Teniendo en cuenta que el efecto que tiene la personalidad en el bienestar está moderado por factores culturales y que la manera en que se perciben los intercambios de apoyo social y el peso que las relaciones sociales tienen en la predicción de la satisfacción vital también depende del contexto cultural en el que se desarrollan (Kang, Shaver, Sue, Min y Jing, 2003; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto y Ahadi, 2002; VonDras, Pouliot, Malcore y Iwahashi, 2008; Zunzunegui, Beland y Otero, 2001), consideramos que para entender la experiencia de envejecer en España es necesario estudiar el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital de las personas mayores españolas y no extrapolar los resultados de estudios previos realizados en otros contextos culturales.

Por otro lado el mantenimiento del bienestar en la vejez depende de múltiples predictores (M. Caprara, 2008; M. L. Diener y Diener McGavran, 2008). Se trata de mecanismos complejos que implican la orquestación de múltiples recursos. Tal como veníamos diciendo la personalidad, las relaciones sociales, los recursos socioeconómicos y la salud son variables claves. A pesar de ello la mayoría de las investigaciones realizadas hasta recientemente han estudiado los diferentes predictores del bienestar por separado, encontrándose resultados contradictorios con respecto al peso que cada grupo de variable podría tener en la predicción de la satisfacción con la vida en la vejez (Gruenewald, Mroczek, Ryff y Singer, 2008; Hsu y Tung, 2010). Como consecuencia, tampoco tenemos suficiente información con respecto a la utilidad de los

diferentes predictores del bienestar subjetivo y del envejecimiento con éxito para el diseño de intervenciones que promuevan el bienestar y el envejecimiento con éxito (Ng, Broekman, Niti, Gwee y Kua, 2009).

Por ello en la presente tesis doctoral, siguiendo la recomendación de Ní Mhaoláin et al. (2012) de adoptar una perspectiva exhaustiva en el estudio de los factores que determinan la satisfacción vital de las personas mayores, nos proponemos estudiar algunas de las variables de personalidad que se asocian en mayor medida con la satisfacción vital de las personas mayores, junto con diferentes variables relativas a las relaciones sociales, el estado de salud, el nivel educativo y el nivel económico que también se relacionan con la satisfacción vital de manera considerable.

Estudiar simultáneamente las variables de personalidad, las relaciones sociales, la salud y el estatus socioeconómico nos proporcionaría una explicación más completa de la varianza en satisfacción con la vida. Asimismo estudiando los posibles efectos mediadores y moderadores de las relaciones sociales nos permitiría entender los mecanismos subyacentes del bienestar.

CAPÍTULO 2:

**MODELOS TEÓRICOS EN EL
ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO
DESDE UNA PERSPECTIVA
POSITIVA**

Este capítulo pretende ofrecer una visión general de las principales perspectivas teóricas que tratan de explicar el envejecimiento satisfactorio o exitoso. En primer lugar explicaremos los antecedentes que contribuyeron al surgimiento de una perspectiva positiva en el estudio del envejecimiento para posteriormente describir las teorías y los modelos teóricos más conocidos en gerontología.

Se describirán en primer lugar algunas de las perspectivas teóricas sociológicas y psicológicas relevantes para el desarrollo de la investigación gerontológica para luego tratar el tema de los modelos de envejecimiento con éxito, activo y otros modelos similares. Para finalizar se revisarán algunos de los modelos teóricos que han enfatizado la importancia de la adaptación y de los recursos que la promueven.

2.1. ¿Por qué estudiar el envejecimiento desde una perspectiva positiva?

El envejecimiento es un proceso complejo, multifacético que engloba procesos biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos que está caracterizado por aspectos negativos y positivos (Onedera y Stickle, 2008; Rubio Herrera, 1996) que coexisten.

A pesar de dicha complejidad, algunos autores destacan que, en sus comienzos, la investigación gerontológica estaba dominada por un paradigma centrado casi exclusivamente en los aspectos negativos del envejecimiento (e.g. M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Bowling, 1993; Depp y Jeste, 2006; Fisher, 1992; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007; López Doblas y Díaz Conde, 2007;

Strawbridge, Cohen, Shema y Kaplan, 1996) como son el deterioro de la salud a nivel físico y mental, las dificultades y la retirada social (Dykstra, 2011; Strawbridge et al., 1996; Ryff, Singer, Love y Essex, 1998). López Doblas y Díaz Conde (2007) destacan que en esa primera etapa de la gerontología muchos de los materiales publicados estaban enfocados a describir trastornos y déficits.

Pero, este enfoque centrado en lo patológico y en el declive no podía dar respuestas a los desafíos que conlleva el envejecimiento de la población (M. Caprara, 2008). Por ello había una necesidad de incluir el lado positivo del envejecimiento en la investigación gerontológica (Franco et al., 2009).

Se ha evidenciado que estudiar el envejecimiento contemplando tanto los aspectos positivos como los negativos, en lugar de concentrarse exclusivamente en lo negativo, puede acarrear múltiples beneficios. Por ejemplo permite identificar distintas trayectorias de envejecimiento tales como el envejecimiento satisfactorio, normal y patológico; contribuye al conocimiento de los antecedentes del proceso de envejecimiento diferenciando entre los factores protectores y de riesgo; asimismo beneficia el diseño de programas de intervención que promocionen la salud y la calidad de vida (Nadeau y Topol, 2006; Triadó y Villar, 2006; Willcox et al., 2006).

Además la investigación centrada en los aspectos positivos del envejecimiento, lejos de negar las circunstancias desfavorables asociadas al envejecimiento, contribuye a desmitificar la imagen negativa de las personas mayores (Triadó y Villar, 2006) promoviendo una imagen más realista de la vejez.

2.2. Orígenes en el estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva

La investigación del envejecimiento desde una perspectiva positiva surgió gracias a una serie de acontecimientos que ocurrieron a lo largo del siglo XX: el cambio en la conceptualización de la salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud

(OMS), el progresivo envejecimiento de la población después de la Segunda Guerra Mundial, el surgimiento de la teoría del ciclo vital y la expansión de la psicología positiva (Fernández-Ballesteros, et al., 2007).

En julio de 1946 en el Preámbulo de la Constitución de la OMS se definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición dejaba atrás la definición reduccionista de la salud e incorporaba el dominio social y psicológico. Esta nueva conceptualización de la salud contribuyó a que el proceso de envejecimiento dejara de ser visto exclusivamente como un proceso de declive.

Por otro lado, en la segunda mitad del siglo XX el progresivo envejecimiento poblacional contribuyó a que el interés por el envejecimiento sea cada vez mayor. El envejecimiento de la población es un fenómeno ocasionado por factores políticos y sociales, biológicos y culturales y muy especialmente por los demográficos como el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad (Rubio Herrera, Cerquera Córdoba, Muñoz Mejía y Pinzón Benavides, 2011).

Después de la segunda Guerra Mundial, gracias a la mejora de las condiciones de vida y a los avances científicos, la esperanza de vida comenzó a aumentar significativamente. Si al principio del siglo pasado la esperanza de vida a nivel mundial era de tan solo 31 años, hoy en día la esperanza de vida al nacer a nivel mundial es de 62 años, mientras que en países como Japón o España la esperanza de vida al nacer sobrepasa los 80 años (OMS, 2013). Las proyecciones futuras indican que para el año 2050 a nivel mundial la esperanza de vida al nacer será de 75.4 años, mientras que en España la esperanza de vida al nacer será de casi 90 años para las mujeres y de casi 84 años para los hombres (IMSERSO, 2012; Naciones Unidas, 2007).

Junto con el aumento de la esperanza de vida otros fenómenos demográficos, tales como el descenso de la tasa de natalidad y de la tasa de fecundidad (Yuste Rossell, 2004a), han contribuido a que hoy en día casi el 12% de la población mundial tenga 60 o más años y que se espere que, para el año 2050, las personas mayores representen el 21% de la población mundial (Naciones Unidas, 2013).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Aunque el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la población mayor sean acontecimientos positivos afectan de manera irrevocable la estructura social, y los sistemas de servicios sanitarios y sociales (Otero, Zunzunegui, Rodríguez-Laso, Aguilar y Lázaro, 2004).

Así la sociedad debe estar preparada para hacer frente a los cambios económicos y sociales debidos al envejecimiento de la población y a la vez atender las necesidades de los mayores (Rubio Herrera et al., 2011). Debido a ello, a partir de los años 50 del siglo pasado la vejez se convirtió en un tema de gran mayor interés para la sociedad y para la comunidad científica.

Otro gran contribuyente al estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva fue *la teoría del ciclo vital* (P.B. Baltes, 1983, 1987). Hoyer y Rybash (1996) afirman que esta teoría ha marcado la investigación de muchos gerontólogos, como Baltes, Birren, Neugarten o Schaie entre muchos otros, y ha influido de manera positiva en el estudio del envejecimiento y la práctica gerontológica, contribuyendo a corregir los estereotipos negativos asociados al envejecimiento. A continuación vamos a describir en detalle dicha teoría.

La teoría del ciclo vital (P.B. Baltes, 1983, 1987), perteneciente a los modelos dialécticos, es una de las orientaciones teóricas más relevantes de la Psicología Evolutiva y de la Gerontología (Fuller-Iglesias, Smith y Antonucci, 2009; Rubio Herrera, 1996; Triadó y Villar, 2006). Algunos autores sugieren que no es una teoría en sí, sino un marco general con una serie de supuestos básicos o una meta-teoría (e.g. Bengtson, Burgess y Parrott, 1997; Hoyer y Rybash, 1996; Triadó y Villar, 2006).

Independientemente del hecho de que sea una teoría, un marco general o una meta-teoría, se trata de una perspectiva integradora en la cual converge el análisis de los individuos y de los grupos humanos a lo largo del tiempo (Bengtson et al., 1997; Rubio Herrera, 1996). Se centra en estudiar “el desarrollo y los cambios que ocurren con cada edad, las diferencias inter-individuales en las trayectorias de cambio y la plasticidad en el desarrollo y en la vejez” (Fuller-Iglesias et al., 2009, p.9). Por ende, se trata de una teoría que pretende describir y explicar el cambio a lo largo del ciclo vital y entender la naturaleza del desarrollo (Hoyer y Rybash, 1996).

Esta teoría plantea que el desarrollo es un proceso largo que dura toda la vida, y por tanto, no está circunscrito a una etapa vital concreta (Fuller-Iglesias et al., 2009; Rubio Herrera, 1996; Triadó y Villar, 2006).

Debido a ello no existen etapas prioritarias, siendo todas ellas igual de importantes (Izquierdo Martínez, 2006; Hoyer y Rybash, 1996). Además, aunque cada estadio del desarrollo tenga características propias, también existe similitud y continuidad entre ellos. Así, para entender cada una de estas etapas hay que estudiarlas en el contexto del ciclo vital (Hoyer y Rybash, 1996).

El desarrollo es básicamente un proceso adaptativo, o un equilibrio entre pérdidas y ganancias (Fuller-Iglesias et al., 2009). Como proceso adaptativo supone ganancias, mantenimiento de un funcionamiento óptimo en situaciones de pérdida así como regulación de pérdidas (Greve y Staudinger, 2006; Hoyer y Rybash, 1996; Triadó y Villar, 2006). El desarrollo es concebido como un proceso multidireccional caracterizado por múltiples y complejos cambios (Hoyer y Rybash, 1996; Rubio Herrera, 1996; Triadó y Villar, 2006). Estos cambios están determinados por numerosos factores, tales como factores biológicos, sociales y psicológicos cuya influencia va variando en función del dominio de desarrollo y de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra el individuo (Hoyer y Rybash, 1996; Rubio Herrera, 1996). Las diferencias en las habilidades cognitivas, en relaciones sociales, en la personalidad, en los contextos sociales e históricos interaccionan entre sí, moldeando el desarrollo de las personas a lo largo de su ciclo vital y generando gran variabilidad inter e intra-individual que se puede observar en el desarrollo de diferentes personas (Rubio Herrera, 1996). Debido a esta interacción y a las diferentes combinaciones de los factores influyentes, existe una diversidad en las trayectorias de desarrollo y una variedad en los modelos de cambio (Fuller-Iglesias et al., 2009; Rubio Herrera, 1996). Así, determinadas combinaciones de factores producen trayectorias de desarrollo óptimo o todo lo contrario (Hoyer y Rybash, 1996).

Según la teoría del ciclo vital, las influencias que afectan al desarrollo podrían clasificarse en *normativas* y *no normativas* (Rubio Herrera, 1996; Triadó y Villar, 2006). Las influencias *normativas* hacen referencia a los determinantes biológicos y contextuales asociados a la edad cronológica, que han sido llamados influencias

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

normativas relacionadas con la edad, y a los acontecimientos y normas generales que ocurren en un momento histórico y en un contexto cultural concreto, que se han denominado *influencias normativas relacionadas con la historia* (Rubio Herrera, 1996).

Las influencias *no normativas* son factores socio-ambientales y biológicos que afectan a cada individuo, por ejemplo los acontecimientos que experimenta el individuo a lo largo de su desarrollo en su vida profesional, familiar y con respecto a su salud (Rubio Herrera, 1996; Triadó y Villar, 2006).

A consecuencia de los supuestos de esta teoría, la vejez es vista como una etapa más del ciclo vital, un instante más del desarrollo (Rubio Herrera et al., 2011). El envejecimiento se convierte en un proceso que dura toda la vida y que es el resultado de las experiencias que han marcado la historia vital del individuo (Fuller-Iglesias et al., 2009). De este modo, las diferentes trayectorias de desarrollo tienen como resultado diferentes formas de envejecer.

En el estudio del envejecimiento, *la teoría del ciclo vital* trata, principalmente, de entender los cambios asociados a la edad que les ocurren a determinados individuos en contextos específicos para así poder aprehender el amplio abanico de diferencias inter e intra-individuales que caracteriza a las personas mayores (Hoyer y Rybash, 1996).

A partir del modelo del ciclo vital, Baltes desarrolló una propuesta teórica sobre el desarrollo psicológico en la vejez que incluye siete supuestos:

1. Existen diferencias importantes entre envejecimiento patológico, normal y óptimo.
2. Existe una amplia heterogeneidad en el proceso de envejecimiento.
3. Con la edad el equilibrio entre pérdidas y ganancias se vuelve progresivamente negativo.
4. Las personas mayores disponen de una capacidad de reserva latente.
5. La capacidad de reserva y la habilidad de adaptarse van disminuyendo con la edad.

6. Los individuos compensan las pérdidas asociadas al envejecimiento con el conocimiento social del que disponen.
7. El *self* que envejece es un sistema resiliente que afronta los desafíos que se encuentra para mantener su integridad (Schroots, 1996a).

La *teoría del ciclo vital* ha sido utilizada en numerosas investigaciones y ha contribuido considerablemente al estudio del envejecimiento. Dentro de este marco teórico se han originado conceptos importantes tales como, capacidad de reserva, adaptación o resiliencia (Hoyer, 2002). Su relevancia en el estudio del envejecimiento ha sido reconocida tanto por las disciplinas sociales como por las médicas (Fuller-Iglesias et al., 2009), no obstante es excesivamente amplia y por ello resulta bastante difícil incluir en un solo análisis las múltiples variables contextuales que afectan el envejecimiento según este modelo (Bengtson et al., 1997).

A partir de los supuestos descritos anteriormente se desarrolló uno de los modelos de envejecimiento con éxito más conocidos, el *modelo de selección optimización y compensación*, así como la *teoría de la selectividad socioemocional* que describiremos más adelante.

Finalmente, el auge de la psicología positiva es otro de los aspectos que contribuyeron a la proliferación del estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva. Aunque el interés por el funcionamiento psicológico positivo se remonta a las tradiciones filosóficas eudaimónica y hedonista y muchos conceptos y teorías de la psicología, como por ejemplo la teoría de auto-actualización de Maslow, hacían hincapié en las experiencias positivas del ser humano, no fue hasta 1998 cuando Seligman llegó a ser el presidente de la Asociación Americana de Psicología, que comienza a hablarse de la Psicología Positiva como una corriente psicológica en sí (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006). Esta corriente psicológica que estudia principalmente las fortalezas, las virtudes y las emociones positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) contribuyó, junto con la *teoría del ciclo vital*, a que el estudio del envejecimiento comenzase a interesarse por los aspectos positivos inherentes al proceso de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2000).

Como consecuencia de los diferentes acontecimientos y logros descritos anteriormente, en las últimas cuatro décadas del siglo pasado, surgieron numerosas teorías que tratan de explicar el proceso a través del cual la persona mayor se adapta satisfactoriamente al envejecimiento, aunque ninguna de ellas puede explicar por sí misma la complejidad del desarrollo y de la adaptación en la vejez (Burgess y Bengtson, 2006; Fry, 1992). A continuación se revisarán algunas de las más relevantes.

2.3. Teorías sociológicas y psicológicas

En esta primera etapa de desarrollo de la Gerontología surgieron varias teorías representativas que tratan de explicar el envejecimiento exitoso: la *teoría de la desvinculación* (Cumming y Henry, 1961), la *teoría de la actividad* (Havighurst, 1963; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961) y la *teoría de la continuidad* (Atchley, 1989).

2.3.1. La teoría de la desvinculación

La teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), que dominó el estudio del envejecimiento durante décadas, fue una de las primeras teorías desarrolladas por los gerontólogos para explicar el proceso de envejecimiento (Charles y Carstensen, 2010; Fry, 1992; Perzynski, 2006). Se centró básicamente en contestar a la pregunta qué ocurre con la implicación social a medida que envejecemos (Hochschild, 1975).

Esta teoría plantea que existe una desvinculación mutua entre la sociedad y las personas mayores. Así por un lado la sociedad, progresivamente, exime a la persona mayor de sus obligaciones y responsabilidades previas, y por el otro, el individuo que envejece va asumiendo voluntariamente esta progresiva desvinculación para centrarse en sí mismo (Fry, 1992; Schroots, 1996a; Yuste Rossell, 2004b). Esta teoría nos propone un prototipo de persona mayor que se retira de la vida social para dedicarse a una vida contemplativa que le produce serenidad y satisfacción (Atchley, 1995).

Según esta teoría, la disminución en la actividad social es un proceso natural, universal e inevitable que nos prepara para la dependencia y para la muerte (Bengtson, Putney y Johnson, 2005; Johnson y Barer, 1992; Pinazo, 2006; Perzynski, 2006). Desligarse de la sociedad es saludable y adaptativo porque la sociedad puede dar paso a otras generaciones, mientras que el individuo que envejece puede mantener el equilibrio, escapando del estrés que supondría reconocer la propia dificultad para implicarse activamente en sociedad, y así poder mantener una valoración positiva de sí mismo (Diggs, 2008; Fry, 1992; Yuste Rossell, 2004b).

Por tanto la desvinculación es, según esta teoría, indicio de una adaptación satisfactoria al proceso de envejecimiento, una forma de prepararse para el posible deterioro físico y cognitivo que podrían aparecer con la llegada de la vejez (Fry, 1992).

Aunque esta teoría trate de explicar tanto los cambios individuales como los sociales que se asocian al envejecimiento y el proceso de envejecimiento psicológico, no siempre ha encontrado apoyo empírico (Bengtson et al., 2005; Schroots, 1996a). Investigaciones posteriores desafiaron los supuestos de esta teoría demostrando que la retirada social está determinada por la sociedad y no es una elección de los individuos que envejecen. La desvinculación es consecuencia de algunas circunstancias que son más frecuentes en la vejez tales como el deterioro de la salud, la viudez, o la muerte de familiares y amigos (Hochschild, 1975; Johnson y Barer, 1992; Tobin, 1995; Yuste Rossell, 2004b). Además, esa desvinculación no es necesariamente positiva para el individuo que envejece y para la sociedad. Refiriéndose a la jubilación, Fry (1992), destaca que imponer la jubilación a una edad concreta, en algunos casos, es desperdiciar el conocimiento y la experiencia de miembros productivos de la sociedad y eso no es beneficioso para la sociedad en general. Asimismo, para la persona mayor tampoco lo es. Si la retirada no es voluntaria, puede causar en la persona mayor ansiedad, frustración e infelicidad (Fry, 1992).

Por otro lado la teoría fue criticada porque la desvinculación no es un proceso universal, natural e inevitable, existen variaciones con respecto al momento en el que ocurre y en las formas en la que ocurre (Hochschild, 1975; Schroots, 1996).

Perzynski (2006) sugiere que los planteamientos de la teoría de la desvinculación describen la realidad y las normas culturales de los años cincuenta del siglo pasado, y por tanto el significado de la retirada social está determinado por la estructura social que varía según la generación, el tiempo y el sitio. En la misma línea Tobin (1995) afirma que la vinculación o la desvinculación de un individuo también dependen de su personalidad.

Así, si tenemos en cuenta que en la actualidad el perfil más común de la persona mayor es de una persona, que a pesar de los numerosos desafíos a los que se tiene que enfrentar, se mantiene física, cognitiva y socialmente activa (M. Caprara, 2008; Charles y Carstensen, 2007), esta teoría explica solo una posible forma de envejecer (Schroots, 1996a) obviando todas las demás.

Aunque muchos gerontólogos descarten esta teoría, rechazando la idea de que la retirada voluntaria sea positiva para las personas mayores (Bengtson et al., 1997; Johnson y Barer, 1992), para algunos autores la desvinculación podría ser un mecanismo que le permite a la persona muy mayor enfrentarse a las situaciones desafiantes y mantener su satisfacción vital (Johnson y Barer, 1992; Kane, 2005). Por ejemplo, una persona mayor de 85 años que esté experimentando un deterioro físico importante ajusta la cantidad de interacción social en función de su estado de salud para que dicha interacción no le suponga un esfuerzo innecesario (Kane, 2005). Por tanto, al menos algunos de los elementos de la teoría de la desvinculación podrían ser útiles para describir las vidas de algunas personas muy mayores que padecen deterioro de la salud (Johnson y Barer, 1992).

2.3.2. La teoría de la actividad

La *teoría de la actividad* (Havighurst, 1963; Neugarten et al., 1961), que surge en oposición a la *teoría de la desvinculación* (Carstensen, 1990), está enmarcada dentro del interaccionismo simbólico que sostiene que la interacción con las personas que nos

rodean y con el ambiente determina, en parte, la autoestima o la identidad de las personas (Diggs, 2008).

La *teoría de la actividad*, que acabó siendo una de las teorías más influyentes de la gerontología, postula que la satisfacción vital en la vejez se relaciona con la actividad social y de ocio y con los roles que desempeñan las personas mayores, mientras que el descenso en la tasa de actividad mental y el deterioro de la salud causan insatisfacción (Betts Adams, Leibbrandt y Moon, 2011; Fry, 1992; Yuste Rossell, 2004b).

De esta manera, el prototipo de la persona mayor es de una persona que, a pesar de los cambios que conlleva la edad, consigue mantenerse activa social y físicamente y no difiere de un adulto de mediana edad más que en su estado de salud (Atchley, 1995).

Desarrollos posteriores de la teoría (Lemon, Bengtson y Peterson 1972; Longino y Kart, 1982) han diferenciado entre actividad social informal y formal y actividades solitarias. La actividad informal hace referencia a la interacción social con la familia, los vecinos y los amigos y la actividad formal implica la participación en organizaciones y asociaciones formales; por última las actividades solitarias hacen referencia a los hobbies, como por ejemplo leer, ver televisión o escuchar música (Betts Adams et al., 2011). Además para Lemon et al. (1972) la principal motivación para mantenerse activo es la necesidad de los individuos de mantener su identidad, la cual se construye socialmente (Atchley, 1995).

Los roles sociales productivos y los que generan una respuesta positiva por parte de los demás son especialmente beneficiosos (Diggs, 2008; Reitzes, Mutran y Verrill, 1995). Así, al mantenerse activas y al desempeñar roles significativos, las personas mayores consiguen mantener su autoestima, su bienestar y se adaptan a los desafíos de la vejez (Diggs, 2008; Yuste Rossell, 2004b). Por tanto, mantenerse activo en la vejez es la clave de un envejecimiento satisfactorio (Fry, 1992).

Al contrario que la *teoría de la desvinculación*, que plantea que la retirada social es elegida por la persona mayor, la *teoría de la actividad* postula que desligarse de la sociedad impide a los mayores satisfacer sus necesidades.

De este modo, la desvinculación de la sociedad y la pérdida de roles sociales, debida principalmente al deterioro de la salud, la jubilación o la viudedad, lejos de ser una estrategia adaptativa, constituye una causa para que las personas mayores se sientan aisladas, experimenten baja autoestima, disminución del bienestar y una pérdida de la identidad personal (Diggs, 2008). Es por ello que esta teoría sugiere que, para que mantengan su identidad y su satisfacción con la vida, las personas mayores deben reemplazar aquellas actividades y roles que no puede desempeñar por otros significativos (Diggs, 2008; Yuste Rossell, 2004b). Así, las personas mayores llegan a tener un papel activo en su proceso de envejecimiento, siendo dueñas de su adaptación y de su satisfacción vital (Fry, 1992).

A pesar de su gran aceptación en la comunidad científica y en el ámbito aplicado de la gerontología, esta teoría también ha recibido críticas. Diggs (2008) apunta que *la teoría de la actividad* no contempla algunos factores relevantes, tales como el estatus socioeconómico, los rasgos de personalidad, o los estilos de vida, que también podrían explicar la relación entre actividad y satisfacción vital. Esta autora destaca que es importante tener en cuenta estas variables, porque el impacto beneficioso de la implicación en actividades depende de las preferencias y de la percepción individual. De esta manera, mientras algunas personas prefieren realizar actividades sociales, otras en cambio, optan por actividades solitarias y en ambos casos las personas pueden sentirse satisfechas si las actividades que están realizando tienen significado para ellas.

De modo similar se ha sugerido que la *teoría de la actividad* debería incorporar algunas variables moderadoras, tales como el género, el contexto social en el que se realiza la actividad, la salud, el estado funcional y el estado anímico de las personas mayores (Atchley, 1995; Betts Adams et al., 2011). Asimismo las variables mediadores, como la motivación que determina la selección de cada tipo de actividad por parte de la persona y el significado personal que los individuos dan a las actividades en las que se implican también deberían tenerse en cuenta a la hora de estudiar el efecto de la actividad (Betts Adams et al., 2011). Incorporando estas variables ganaríamos una mejor comprensión de las circunstancias que influyen en el efecto de la actividad.

Diggs (2008) también critica la *teoría de la actividad* porque sostiene que intentar reemplazar los roles perdidos no es tarea fácil, especialmente cuando la persona mayor tiene importantes limitaciones funcionales o cuando no dispone de suficientes recursos económicos. Asimismo, Reitzes et al. (1995) afirman que lo es realmente crucial para explicar el impacto de las actividades sociales y de ocio es el hecho de que proporcionan una oportunidad para recibir feedback positivo de otros significativos y permiten reafirmar roles e identidades relevantes para el individuos.

Finalmente, la *teoría de la actividad* ha sido criticada porque los efectos de la actividad dependen del contexto y del tipo de actividad que se realice (Nimrod y Kleiber, 2007). Fry (1992) apunta que esta teoría no contempla el hecho de que, en muchos casos, las personas mayores no tienen control sobre el tipo de roles que desempeñan y sobre las actividades que les permiten desempeñar dichos roles, como también es posible que algunas personas mayores no tengan la capacidad de implicarse en cierto tipo de actividades deseadas.

Asimismo, tal y como destaca este autor, esta teoría no tiene en cuenta el hecho de que ante un deterioro importante del estado de salud algunas personas mayores necesitan reducir su grado de implicación en actividades.

Por otro lado, cabe destacar que la *teoría de la actividad* sigue siendo vigente hoy en día, muchos estudios recientes todavía la apoyan. Por ejemplo en una revisión reciente, Betts Adams et al. (2011) destacan que numerosos estudios recientes llevados a cabo en contextos culturales diferentes han encontrado una relación positiva entre la implicación activa en actividades sociales y de ocio y diferentes aspectos del bienestar. Además los supuestos básicos de la *teoría de la actividad* han inspirado, al menos en parte, las conceptualizaciones actuales de envejecimiento con éxito y envejecimiento activo.

La *teoría de la desvinculación* y la *teoría de la actividad* plantean que la satisfacción vital es el mejor criterio para medir la adaptación psicológica y social al proceso de envejecimiento, aunque sus propuestas son opuestas con respecto a la mejor manera de adaptarse (Atchley, 1995; Nimrod y Kleiber, 2007).

Ninguna de las dos contempla la heterogeneidad en los perfiles de envejecimiento, como tampoco consideran la historia vital del individuo que también podría condicionar la desvinculación o la implicación social. En cambio otras teorías como la *teoría de la continuidad* destacan justo este mismo aspecto.

2.3.3. La teoría de la continuidad

La *teoría de la continuidad* (Atchley, 1989) tiene sus orígenes en la psicología del desarrollo. Inicialmente Rosow (1963) desarrolló la *teoría de la continuidad* para explicar la estabilidad y la continuidad en el desarrollo, a lo largo del ciclo vital, desde la infancia a la adultez (Fry, 1992).

El desarrollo teórico de Atchley (1989) explica específicamente cómo los adultos de mediana edad y los adultos mayores mantienen la personalidad, las metas, los valores, las conductas, las actitudes y los hábitos que han adquirido a lo largo del ciclo vital (Fry, 1992; Nimrod y Kleiber, 2007; Yuste Rossell, 2004b).

La teoría tiene su origen en la observación del hecho de que una importante proporción de personas mayores son consistentes en su modo de pensar, en las actividades que eligen y en la forma en la que se relacionan con los demás, a pesar de los cambios en la salud y en el dominio social (Atchley, 1995, 2006). Las personas están altamente motivadas para mantener los patrones de pensamiento y comportamentales que han ido desarrollando a lo largo de la vida porque la *continuidad* les permite evaluar las nuevas situaciones a las que se enfrentan y adaptarse a ellas (Atchley, 1995, 2006).

Para explicar de qué modo los individuos hacen frente a los cambios que se encuentran a lo largo del ciclo vital, la teoría propone los conceptos de *continuidad o estructura interna*, *continuidad o estructura externa*, *establecimiento de metas* y *mantenimiento de la capacidad adaptativa* (Atchley, 1995).

La *continuidad*, o la *estructura interna*, hace referencia a las características psicológicas, o la identidad, lo que pensamos de nosotros mismos, el autoconcepto, la visión que tenemos del mundo, la estructura moral, nuestras creencias, actitudes, temperamento y estrategias de afrontamiento (Atchley, 1995; Nimrod y Kleiber, 2007). La *continuidad* o la *estructura externa*, en cambio, hace referencia a las actividades y los roles sociales, las condiciones ambientales o la localización geográfica (Atchley, 1995).

La *continuidad* es, por tanto, una estrategia para enfrentarse a los cambios asociados al envejecimiento, una forma de hacer que las transiciones sean más llevaderas y un amortiguador ante los cambios bruscos que puedan darse a lo largo de la vida (Atchley, 2006; Nimrod y Kleiber, 2007). Además, la *continuidad* es un prerequisite para que la persona experimente la sensación de seguridad a nivel psicológico y social y una forma de construir el futuro de manera exitosa (Atchley, 1995, 2006).

Con respecto al *establecimiento de metas*, la *teoría de la continuidad* plantea que las personas tienen metas de desarrollo en diferentes ámbitos, como por ejemplo en sus actividades, en sus relaciones o con respecto a sí mismas. En función de las estructuras sociales en las que se encuentran y de sus experiencias vitales, los individuos seleccionan en qué dominios van a invertir su tiempo y energía. Así, cuando los individuos llegan a la vejez tienen una idea muy clara sobre qué es lo que les produce satisfacción vital y cómo seleccionar la *estructura externa* que mejor complementa la *estructura interna* para así maximizar su satisfacción con la vida (Atchley, 1995, 2006).

Invirtiendo tiempo y esfuerzo en determinadas metas, los individuos aseguran la *continuidad interna* y *externa* y a la vez *mantienen su capacidad adaptativa* que les permite encajar los cambios a los que se tienen que enfrentar a lo largo de la vida sin experimentar crisis (Atchley, 1995). Este proceso de adaptación es el resultado del aprendizaje de toda la vida, de la evolución personal y de la selección de las metas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

La *teoría de la continuidad* es una teoría descriptiva de la relación entre comportamientos y su función psicológica, y por tanto, no hipotetiza sobre la cantidad o frecuencia óptima de la implicación en actividad social (Nimrod y Kleiber, 2007). Por ello, a diferencia de la *teoría de la desvinculación* o la *teoría de la actividad*, que conciben la adaptación al envejecimiento desde una única posibilidad, sea desvinculándose o manteniéndose activo, esta teoría tiene la ventaja de permitir múltiples opciones y posibilidades para adaptarse al envejecimiento (Fry, 1992). En la conceptualización de la *teoría de la continuidad* el individuo es visto como un sistema que recibe y trasmite feedback al medio; es un ser dinámico, consciente de sí mismo y de los patrones comportamentales y de pensamiento que ha ido adquiriendo a lo largo de la vida y es capaz de describir, valorar e interpretar la realidad así como de tomar decisiones (Atchley, 1995).

Como crítica a esta teoría, Fry (1992) destaca, por un lado, que no proporciona una definición operacional clara del concepto *continuidad*, y por otro, el hecho de que las variables psicológicas son muy sensibles a los cambios asociados a la edad. En palabras de este autor, la falta de claridad operacional en la definición del concepto clave de esta teoría tiene como consecuencia la dificultad para refutar los supuestos básicos que plantea y para desarrollar intervenciones basadas en dichos supuestos.

Posteriormente Atchley (1995) apuntó que el término *continuidad* ha sido utilizado de manera ambigua por los gerontólogos, debido probablemente al hecho de que este término puede significar tanto la evolución del individuo con respecto a su pasado, como ausencia de cambio, y por ello sugiere que el término *consistencia* podría ser más adecuado para describir el proceso evolutivo. Por tanto la *continuidad* no excluye el cambio (Atchley, 1989; Nimrod y Kleiber, 2007). En muchas ocasiones el cambio implica una reducción de la actividad o la sustitución de las actividades desafiantes que en definitiva tiene como fin último preservar la continuidad interna (Nimrod y Kleiber, 2007).

A pesar de las críticas, la *teoría de la continuidad* ha sido utilizada para estudiar numerosos temas, como por ejemplo la estabilidad del *self*, la adaptación a la viudez y al deterioro de la salud, la participación en actividades de ocio y deportivas, los sistemas de apoyo, demostrando su utilidad como marco general explicativo de la adaptación (Atchley, 2006).

2.3.4. La teoría de la selectividad socioemocional

La *teoría de la selectividad socioemocional* (Carstensen, 1991, 1992), una de las teorías más citadas en la gerontología (Gana et al., 2013), plantea que a lo largo de la vida las personas tenemos una alta motivación para la interacción social, sea para obtener información, sea para regular nuestras emociones o para desarrollar el autoconcepto (M.M. Baltes y Carstensen, 1999; Izquierdo Martínez, 2006).

Por ello las interacciones sociales tendrían un gran impacto en la satisfacción con la vida (Izquierdo Martínez, 2006).

Además, esta teoría sugiere que la percepción que tenemos del tiempo influye en el tipo de metas que nos planteamos (M.M. Baltes y Carstensen, 1999). Debido al cambio en esta percepción existen diferencias importantes en las metas y en las motivaciones que tenemos las personas en diferentes etapas de la vida y particularmente en lo que concierne las relaciones sociales (Cacioppo et al., 2008; M.L. Diener y Diener McGavran, 2008).

En las etapas en las que se cree que se dispone de mucho tiempo, la motivación y las metas están dirigidas hacia la consecución de logros, adquirir nueva información, explorar el mundo y conquistar nuevos horizontes (M.M. Baltes y Carstensen, 1999; Cacioppo et al., 2008).

En cambio, en las etapas en las que el tiempo se percibe como limitado, la motivación del individuo tiende a centrarse en las metas a corto plazo que suponen el mantenimiento de la identidad y la regulación emocional (Adams, 2004; M.M. Baltes y Carstensen, 1999; Cacioppo et al., 2008).

Debido a ello, las personas mayores, quienes tienen muy presente la cercanía de la muerte, buscan maximizar la experiencia emocional positiva (Adams, 2004; Gana et al., 2013). Así, tienden a seleccionar aquellas relaciones sociales cercanas y gratificantes que consideran importantes, como la familia y los amigos, mientras que descartan las relaciones periféricas de la red social (Adams, 2004; M.M. Baltes y Carstensen, 1999; M.L. Diener y Diener McGavran, 2008; Gana et al., 2013). Para M.M. Baltes y Carstensen (1999) esta reducción de las relaciones sociales periféricas es adaptativo porque de este modo las personas mayores pueden implicarse en mayor medida en las relaciones sociales significativas.

Este supuesto de la *teoría de la selectividad socioemocional* recuerda la *teoría de la desvinculación* (Rubio Herrera, 2004), aunque en la *teoría de la selectividad socioemocional* la reducción de la tasa de interacción social y la disminución de las redes sociales de las personas mayores no es una retirada social impuesta por la sociedad y aceptada por las personas mayores, sino una estrategia que utilizan los senescentes para redistribuir sus recursos a aquellas metas más relevantes, una selección activa que indica que las personas mayores no reaccionan ante su contexto social sino que adoptan una postura proactiva para gestionar este contexto (M.M. Baltes y Carstensen, 1999).

2.4. Aportaciones teóricas desde la perspectiva humanista

La perspectiva humanista conceptualiza el envejecimiento exitoso como un proceso en el cual se alcanza el crecimiento personal. Términos como autorrealización, gerotranscendencia o sabiduría surgen en el marco teórico humanista. Dentro de perspectiva humanista destacamos la *teoría psicosocial* de Erikson (1963) y la *gerotranscendencia* de Tornstam (1989) que describiremos a continuación.

2.4.1. La teoría psicosocial de Erikson

La *teoría psicosocial* de Erikson (1963) conceptualiza el desarrollo desde la primera infancia hasta la vejez como una sucesión de ocho estadios consecutivos, cada uno con una tarea propia que supone la resolución de un conflicto (Izquierdo Martínez, 2006; Kivnick y Wells, 2014; Schroots, 1996a; Withbourne y Bringle, 2006). La resolución de cada conflicto depende, en parte, de la combinación de factores sociales, psicológicos y biológicos que caracteriza a cada individuo, y de la resolución de los conflictos de estadios anteriores (Withbourne y Bringle, 2006). La resolución exitosa de un conflicto tiene como resultado la adquisición de una nueva cualidad mientras que la falta de resolución de un conflicto perjudica el desarrollo de la personalidad (Schroots, 1996).

Para explicar dicho desarrollo, Erikson propone las siguientes crisis: *la confianza-desconfianza, autonomía-vergüenza, iniciativa-culpa, laboriosidad-inferioridad, identidad-confusión de roles, intimidad-aislamiento, generatividad-estancamiento e integridad del yo-deseesperación* (Yuste Rossell, 2004b). Cada conflicto tiene dos posibles resoluciones, una aparentemente más favorable y otra aparentemente menos favorable, que tienen que llegar a un equilibrio (Kivnick y Wells, 2014).

Cabe destacar que los estadios de desarrollo que propone Erikson no están ligados a la edad de manera rígida. Aunque las primeras etapas, propias de la infancia, están muy bien definidas en cuanto al intervalo de edad a la que se refieren, con la entrada en la adultez, las tareas vitales no están circunscritas a intervalos concretos, ya que dependen de las experiencias personales de los individuos (Schroots, 1996a, 1996b).

La crisis *generatividad-estancamiento*, propia de la segunda parte de la adultez, llega a extenderse también a la vejez. En este conflicto la persona tiene que encontrar el equilibrio entre la *generatividad*, o la forma de aportar la sociedad y perpetuar el propio *self*, y el estancamiento egocéntrico en la preocupación exclusiva por uno mismo que no contempla las generaciones venideras (Withbourne y Bringle, 2006; Yuste Rossell, 2004b).

Así, en esta etapa el *self* adquiere una nueva cualidad, la del cuidado, que se manifiesta en diferentes formas: la *procreativa*, que implica la atención a las necesidades de las generaciones venideras, la *productiva*, que supone el desarrollo profesional y su integración en la vida familiar, y la *creativa* o la contribución a la sociedad con nuevas ideas y productos (Izquierdo Martínez, 2006; Withbourne y Bringle, 2006; Yuste Rossell, 2004b). La *generatividad* se asocia con el bienestar, con la autoestima y con una mayor satisfacción con el apoyo (Withbourne y Bringle, 2006).

En la vejez, etapa vital que nos concierne en el presente trabajo, el individuo se enfrenta a la *crisis de integridad del yo frente a la desesperación*, en la cual la lucha interior está entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte (Izquierdo Martínez, 2006). En la vejez se experimenta un aumento de la vulnerabilidad y la mortalidad empieza a ser cada vez más presente (Kivnick y Wells, 2014). Ante esto, como necesidad para prepararse para morir, el individuo tiene que llegar a aceptar el pasado; de esta manera la persona comienza a examinar su propia vida y biografía, buscando el sentido en sus valores, creencias, decisiones, elecciones, logros y errores propios y de todos aquellos que le han rodeado a lo largo de su vida (Yuste Rossell, 2004b). Si el proceso de revisión de vida tiene como resultado la integración del pasado y la sensación de que todo lo vivido ha tenido sentido, el individuo logra la integridad del yo; por el contrario si la persona percibe que su pasado ha sido marcado por malas decisiones, errores y pérdida de oportunidades se experimenta desesperación, porque no queda tiempo para reorientar la vida (Yuste Rossell, 2004b). En este proceso la orientación de la persona se dirige hacia las relaciones sociales, a la espiritualidad y a la búsqueda de sabiduría, que en definitiva son sinónimos del envejecimiento satisfactorio (Izquierdo Martínez, 2006).

Esta teoría ha sido criticada por la imprecisión en la definición de algunos términos claves, como por ejemplo *generatividad*, y por la escasez de criterios de operacionalización de estos términos, así como por la falta de datos empíricos (Withbourne y Bringle, 2006; Yuste Rossell, 2004b). Aún así esta teoría es muy útil porque permite entender la paradoja del bienestar (Gana et al., 2013).

Dada la conceptualización que esta teoría tiene de la vejez, como una etapa en la que se puede alcanzar la integridad del ego, el mantenimiento del bienestar a pesar de las pérdidas típicas de la vejez no es sorprendente, es, más bien, el resultado de este proceso de integración del pasado que algunas personas mayores consiguen hacer cuando evalúan sus vidas.

La *teoría del desarrollo psicosocial* ha tenido una gran influencia en el desarrollo de teorías sobre el desarrollo y modelos teóricos que hablan de la adaptación (Izquierdo Martínez, 2006; Kivnick y Wells, 2014). Izquierdo Martínez (2006) destaca que las teorías de las crisis normativas, que incluyen *la teoría de Havighurst de tarea de desarrollo*, *la teoría de Peck sobre las tareas del desarrollo adulto* o *el desarrollo teórico de Loevinger sobre el self*, parten de la teoría de Erikson. Del mismo modo modelos como el *modelo de selección, optimización y compensación* o *la teoría de la selectividad socioemocional* están tratando los procesos a través de los cuales las personas mayores están reelaborando los ocho temas principales de la teoría de Erikson. Incluso la gerontología como disciplina se desarrolló a partir de la premisa del desarrollo a lo largo de toda la vida que deriva de la propuesta teórica de Erikson (Kivnick y Wells, 2014).

2.4.2. La teoría de la gerotranscendencia

La teoría de la *gerotranscendencia* (Tornstam, 1989) sostiene que el envejecimiento humano conlleva un cambio de perspectiva hacia una visión más trascendente y cósmica de la vida, llamado *gerotranscendencia*, que tendría como consecuencia un aumento en la satisfacción vital (Adams, 2004; Schroots, 1996b; Tornstam, 1997, 2003; Wadensten, 2005).

Esta teoría asume que existe un potencial para el desarrollo de la trascendencia cósmica y del sentido de coherencia. Estos son procesos de desarrollos continuos que se inician en la segunda mitad de adultez y se desarrollan gradualmente hasta la vejez cuando se alcanza su máximo desarrollo (Tornstam, 2003).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Así, según esta teoría, el proceso de *gerotranscendencia* es la progresión natural del desarrollo que en la última etapa de la vida culmina con la sabiduría y con la capacidad de trascender (Tornstam, 1997; Wadensten, 2005). En este caso la satisfacción vital y el envejecimiento exitoso son consecuencias del desarrollo óptimo del individuo.

Esta teoría plantea que hay una serie de cambios ontogenéticos asociados a la edad: a nivel cósmico, personal y social (Schroots, 1996a, 1996b). A nivel cósmico la visión de las personas que envejecen cambiaría con respecto a la percepción del tiempo, del espacio y de la vida ganando una nueva comprensión de la existencia (Schroots, 1996 b; Wadensten, 2005). Debido a ello, la persona es capaz de trascender los límites temporales, de modo que el pasado y el futuro dejan de estar demarcadas de una manera estricta (Wadensten, 2005). Asimismo la conexión con las generaciones pasadas y con las futuras es cada vez más clara. La persona que alcanza la *gerotranscendencia* se percibe a sí misma como un eslabón más entre las distintas generaciones (Tornstam, 1997; Wadensten, 2005). Además las personas dejarían de tener miedo a la muerte, aceptarían el misterio de la vida y buscarían la comunión con el universo (Tornstam, 1997).

A nivel del *self* también se dan una serie de cambios en cuanto a la perspectiva que se adopta. Se daría un proceso de conocimiento de uno mismo, tanto de los aspectos desconocidos como de los conocidos, y al mismo tiempo, habría una redefinición de las características personales que conllevaría una integridad del ego (Schroots, 1996a, 1996b; Tornstam, 1997). A nivel social el individuo que envejece mostraría menos interés por las relaciones sociales superficiales y por los aspectos materiales de la vida y a la vez tendría una mayor necesidad de soledad y reflexión (Schroots, 1996a, 1996b). En cuanto a los cambios en el *self* y en las relaciones con los demás, la persona mayor adopta una postura menos egocéntrica, más tolerante y abierta en la cual se supera el dualismo bueno-malo (Tornstam, 1997; Wadensten, 2005). Además, debido a su capacidad de trascender las barreras, las normas sociales no supondrían una dificultad para la expresión del *self*, de los sentimientos y de las necesidades que surgen (Tornstam, 1997).

La teoría de la *gerotrascendencia* recuerda la *teoría de la retirada social*, la *teoría de la selectividad socioemocional* y la propuesta teórica de Erikson de la *integridad del ego frente a la desesperación*, aunque difiere considerablemente de las otras tres (Adams, 2004; Schroots, 1996 a, 1996b). Así, mientras la desvinculación social solo se refiere a una estrategia defensiva que refleja la tendencia de la persona mayor a retirarse de la sociedad y a centrarse en su mundo interior, la *gerotrascendencia* supone una reconceptualización de la realidad e implica múltiples estrategias activas de afrontamiento, siendo la reflexión solitaria solo una de ella (Schroots, 1996b). El propio Tornstam (1997), haciendo referencia a la diferencia entre estas dos teorías, afirma que la necesidad de soledad y reflexión de las personas mayores es un signo positivo de desarrollo y una redefinición del significado de las relaciones sociales. En este caso, esa retirada no es pasiva y generalizada porque la persona mayor se vuelve más selectiva, renunciando a las actividades y relaciones sociales que no le satisface. Asimismo Perzynski (2006) destaca que la *gerotrascendencia* supone un cambio en la forma de ver la vida y un sentimiento de estar conectado con los demás, a pesar de la retirada, y por ello es un proceso mucho más profundo que la mera desvinculación social.

Con respecto a la comparación con la *teoría de la selectividad socioemocional*, aunque la teoría de la *gerotrascendencia* también plantee una selección en las relaciones sociales periféricas, se diferencia de la primera porque abarca más dominios que el social, se centra en diferentes cambios ontogenéticos y plantea una reconceptualización de la realidad. Por otro lado, la teoría de la *gerotrascendencia* hace referencia a un proceso de reconceptualización de la realidad actual, mientras que el concepto de integridad del ego implica una integración de la vida pasada de la persona que envejece (Schroots, 1996a, 1996b).

Se trata por tanto de una teoría útil que describe la actitud adecuada desde el punto de vista del desarrollo para una persona muy mayor que se acerca a su fin (Adams, 2004), pero esta teoría no llega a abarcar la heterogeneidad en la forma de envejecer y excluye a muchas personas que no llegan a *gerotrascender*.

Tal y como destaca Wadensten (2005), no todos los mayores alcanzan automáticamente la *gerotranscendencia*; este proceso está influido por el género, la cultura y por los acontecimientos vitales, los cuales pueden favorecer o dificultar dicho proceso (Ahmadi Lewin, 2001; Tornstam, 2003; Wadensten, 2005). En relación a los aspectos culturales, Ahmadi Lewin (2001) apunta que en los contextos culturales en los que las ideas místicas están integradas en el pensamiento general, la *gerotranscendencia* se alcanza con mayor facilidad, mientras que en los contextos culturales en los que predomina el materialismo y el individualismo, para poder la *gerotranscendencia*, es necesario que los individuos, al llegar a la vejez, tengan una amplia experiencia de vida.

2.5. Envejecimiento con éxito y conceptos afines

En el intento de compensar el poco protagonismo que inicialmente recibieron los aspectos positivos del proceso de envejecimiento, en la segunda mitad del siglo XX, la investigación centrada en el lado positivo del envejecimiento fue proliferando progresivamente (Rowe y Khan, 1997; Willcox et al., 2008). Como consecuencia surgieron diferentes conceptos y modelos teóricos.

Aparecieron una serie de conceptos similares (Bowling, 2007) tales como envejecimiento activo, exitoso, efectivo, óptimo, productivo, positivo, robusto, saludable o armonioso, que se han empleado de manera intercambiable para describir el envejecimiento desde una perspectiva positiva (Depp y Jeste, 2006; Liang y Luo, 2012; Ng et al., 2009; Peel, Bartlett y McClure, 2004; Strawbridge, Wallhagen y Cohen, 2002). En la tabla 2.1 se pueden ver los diferentes términos utilizados para describir el envejecimiento desde esta perspectiva y algunos de los autores que han utilizado cada uno de dichos términos.

Tabla 2.1

Diferentes conceptos que describen el envejecimiento desde una perspectiva positiva

Término	Autores que lo adoptan
Envejecimiento con éxito	Havighurst (1963); Palmore (1979); Ryff (1989a); Rowe y Khan (1987,1997); P.B. Baltes y M.M. Baltes (1990); Roos y Havens (1991); Strawbridge et al. (1996), Bowling (2007); Hsu y Jones, (2012).
Envejecimiento activo	Boulton-Lewis, Buys y Lovie-Kitchin (2006); Junta de Andalucía (2010); Michael, Green y Farquhar (2006); OMS (2002).
Envejecimiento saludable	Guralnik y Kaplan (1989); Schmidt (1994); Depp y Jeste (2006); Peel et al., (2004); Hansen-Kyle (2005); Ryff y Singer (2009).
Envejecimiento óptimo	Canetto, Kaminski y Felicio (1995); Aldwin, Spiro III, Park y Birren (2006); McReynolds y Rossen (2004).
Envejecimiento productivo	Butler (1985); Choi y Dinse (1998); Burr, Caro y Moorhead, (2002); Warburton, Paynter y Petriwskyj (2007).
Buen envejecer (<i>aging well</i>), buena vida (good life)	Lawton (1983); Herzog y House (1991); Ardel, 2000; Chapman (2005); Wahl, Iwarsson y Oswald (2012).
Envejecimiento competente	Fernández-Ballesteros (1986); Rubio Herrera (2004); Stefani y Feldberg (2006).
Envejecimiento robusto	Garfein y Herzog (1995).
Envejecimiento armonioso	Liang y Luo (2012).
Envejecimiento efectivo	Barer, Evans, Hertzman y Lomas (1986); Curb et al. (1990).
Envejecimiento positivo	Katz (2001); Vaillant (2004); Hill (2011).

Elaboración propia en base al material de M. Caprara (2008), ampliado y actualizado para este trabajo

De todos estos términos los más utilizados han sido envejecimiento con éxito, saludable y activo (Britton, Shipley, Singh-Martoux y Marmot, 2008; Depp y Jeste, 2006, 2009; Peel et al., 2004). Debido ello, y al hecho de que una descripción exhaustiva de cada uno de los términos que describen el envejecimiento desde una perspectiva positiva supera el objetivo del presente trabajo, en este capítulo describiremos solo estos tres términos obviando los restantes.

2.5.1. El envejecimiento con éxito

El envejecimiento exitoso surgió como tema de investigación a partir de *la teoría de la actividad* y de *la teoría del ciclo vital*, siendo uno de los primeros conceptos que apareció en la gerontología (Hoyer y Rybash, 1996; Liang y Luo, 2012; Palmore, 2006). Los investigadores que se centran en este tema pretenden identificar los factores personales y ambientales que explican por qué ciertas personas envejecen sin problemas de salud graves (Hoyer y Rybash, 1996).

El envejecimiento con éxito comenzó a perfilarse como tema de investigación entre los años 50 y 70 del siglo pasado, mayoritariamente en el ámbito de las ciencias sociales, pero progresivamente fue incorporado por otras disciplinas incluso la gerontología (Phelan y Larson, 2002). En el contexto de la investigación gerontológica surgieron una multitud de modelos de envejecimiento con éxito (Strawbridge et al., 2002), sin embargo todos ellos se pueden categorizar en modelos biomédicos y modelos psicosociales (Bowling y Dieppe, 2005). El modelo de Rowe y Khan (1987, 1997) y el modelo de P.B. Baltes y M.M. Baltes (1980, 1990) destacan como importantes ejemplos de cada una de estas dos aproximaciones.

Rowe y Kahn desarrollaron su modelo en 1987 y su artículo marcó un hito en el contexto de la investigación sobre envejecimiento (Depp y Jeste, 2006; Zarit, 2009). Según estos autores, el envejecimiento con éxito es un proceso multidimensional caracterizado por el mantenimiento del funcionamiento cognitivo y físico a niveles óptimos, la ausencia de enfermedades y de la discapacidad y una implicación activa en actividades sociales y productivas (Rowe y Khan, 1997). El modelo de envejecimiento con éxito propuesto por estos autores está ilustrado en la figura 2.1.



Figura 2.1. El modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Khan. Adaptado a partir de Rowe y Khan (1987).

Aunque inicialmente Rowe y Khan se concentraran en el envejecimiento con éxito, posteriormente distinguieron entre envejecimiento normal y envejecimiento con éxito como procesos no patológicos diferentes (Rowe y Khan, 1997).

El envejecimiento normal ocurre cuando los factores externos intensifican el efecto de los procesos internos de envejecimiento apareciendo un mínimo declive físico, social o cognitivo, mientras que en el envejecimiento con éxito ocurre cuando los factores extrínsecos amortiguan los procesos intrínsecos de envejecimiento, evitando así que ocurra deterioro funcional (Palmore, 2006; Versey et al., 2013). La diferencia entre ambos tipos de envejecimiento es de índole cuantitativa, mientras el envejecimiento con éxito supone, según estos autores, un funcionamiento excelente, el envejecimiento normal implica funcionar con menores dificultades (Zarit, 2009).

Por ello se podría considerar que el envejecimiento con éxito es una categoría del buen envejecer (Khan, 2002), más concretamente el extremo positivo de este proceso (von Faber et al., 2001).

El modelo propuesto por Rowe y Khan ha sido utilizado extensamente debido a que ofrece la posibilidad de estudiar el envejecimiento con éxito considerando múltiples indicadores (Hsu y Jones, 2012). No obstante, aunque este modelo haya representado una relevante contribución al estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva y es ampliamente aceptado por muchos investigadores (Hsu y Jones, 2012; Zarit, 2009), no está exento de críticas. En el modelo de envejecimiento con éxito desarrollado por Rowe y Khan la salud ocupa un lugar central llegando a ser el criterio por excelencia para considerar si una persona está envejeciendo exitosamente o no, obviando otras variables importantes como las sociales y psicológicas y la propia experiencia del individuo que está envejeciendo (M. Caprara, 2008; Zarit, 2009).

Sin embargo, el estado de salud no puede ser el criterio *sin qua non* para el envejecimiento con éxito, porque muchas personas mayores padecen enfermedades crónicas (M.M. Baltes y Carstensen, 1996), y a pesar de ello, siguen implicándose en actividades sociales y productivas (Zarit, 2009) y se describen a sí mismas como exitosas en su proceso de envejecimiento. En esta línea, Kanning y Schlicht (2008) resaltan que el envejecimiento exitoso consiste también en fomentar el bienestar subjetivo a pesar del deterioro físico y no se limita exclusivamente a tratar de reducir las limitaciones inherentes al envejecimiento. Por tanto, el envejecimiento con éxito es mucho más que la ausencia del deterioro físico y de enfermedades (Blazer, 2006).

Además, dado que en general las personas mayores padecen enfermedades y discapacidad a algún nivel (Bowling y Dieppe, 2005; Masoro, 2001), pocas podrían considerarse senescentes exitosos según los criterios del modelo de Rowe y Khan. Así la gran mayoría acaban excluidos y categorizados como no exitosos (Strawbridge et al., 2002). Centrarse en un grupo minoritario de personas mayores que alcanzan una vejez libre de enfermedades y deterioro funcional es restrictivo, poco realista e incluso discriminatorio (Bowling, 2007; Bowling y Dieppe, 2005; Liang y Luo, 2012; Masoro, 2001; McCarthy, 2005; Strawbridge et al., 2002).

Otra crítica que ha recibido el modelo de Rowe y Khan es la potencial amenaza de acabar recriminando y culpando a los mayores *menos afortunados*, como los pertenecientes a grupos minoritarios o los que tienen un estatus socioeconómico más bajo (McCarthy, 2005) por no haber mantenido un buen estado de salud (Masoro, 2001;

Zarit, 2009). Igualmente, el modelo podría contribuir a un descenso del interés por las iniciativas dirigidas a la prevención y manejo de los cambios negativos asociados a la edad (Strawbridge et al., 2002).

Como respuesta a estas críticas Khan (2002) alega que la investigación llevadas a cabo a partir del modelo envejecimiento con éxito que Rowe y él proponen, debería motivar a los investigadores a indagar en la diversidad que muestran las personas mayores en su forma de envejecer, en vez de inducirles a centrarse en una *élite*.

Al mismo tiempo Khan (2002) sugiere que el modelo que proponen debería animar a las personas a cambiar sus estilos de vida, para que de esta manera puedan aumentar su probabilidad de envejecer exitosamente, y a las instituciones a promover estrategias preventivas en vez de reducir el interés por el manejo de estos aspectos. No obstante cambiar estilos y hábitos de vida solo es una de las facetas que determinan la salud en la vejez (Zarit, 2009) y el envejecimiento con éxito, siendo los recursos de los que disponen las personas más relevantes para el bienestar subjetivo y la salud mental (P. Martin, 2002).

En relación a la promoción de estilos de vida saludable que podría derivar del modelo de envejecimiento con éxito, Liang y Luo (2012) resaltan que encierra el peligro de caer en la ilusión de la vejez sin edad promovida por toda una industria *anti-aging* que pretende ocultar o detener los signos físicos de la vejez que tendría como consecuencia la negación del envejecimiento.

Una aproximación diferente al envejecimiento exitoso es el *modelo de selección optimización y compensación* (SOC) desarrollado inicialmente por P.B. Baltes y M.M. Baltes (1980) y posteriormente perfeccionado por Baltes y colaboradores (e.g. P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Freund y Baltes, 1998; Freund y Baltes, 2002; Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995).

Este modelo se desarrolla a partir del contexto de la *teoría del ciclo vital* y también recuerda, en parte, alguno de los planteamientos de la controvertida *teoría de la desvinculación*, aunque el modelo SOC no llega a tener las connotaciones negativas de dicha teoría (Hoyer y Rybash, 1996; Nimrod y Kleiber, 2007; Schroots, 1996a).

El SOC es un modelo psicológico que conceptualiza el envejecimiento como un periodo que implica tanto pérdidas como ganancias (Freund y Baltes, 1998), enfatizando el papel de la adaptación a los cambios asociados a la edad como una manera de alcanzar el envejecimiento con éxito (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990). Este proceso de adaptación es logrado a través del uso de tres estrategias claves: *selección*, *optimización* y *compensación* (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Baltes, 1997; Freund y Baltes, 1998; Freund y Baltes, 2002; Marsiske, et al., 1995; Zarit, 2009). La *selección* es una respuesta a los cambios asociados a la edad e implica restringir voluntariamente las metas y tareas a alcanzar en función de los dominios de la vida que la persona considera prioritarios, de las demandas ambientales y las capacidades individuales (Freund y Baltes, 1998; Baltes, 1997; M.M. Baltes y Carstensen, 1996). La *optimización* supone asegurar un nivel de funcionamiento óptimo en los dominios que son relevantes para alcanzar las metas y los dominios vitales seleccionados. La *optimización* se consigue asignando recursos internos y externos que todavía se mantienen (Freund y Baltes, 1998). El proceso de dirigirse a los recursos preservados para manejar los cambios asociados a la edad se ha denominado *compensación* (Freund y Baltes, 2002). Esta última estrategia se vuelve especialmente relevante cuando las habilidades son insuficientes para determinar un buen nivel de funcionamiento (M.M. Baltes y Carstensen, 1996).

El envejecimiento satisfactorio o exitoso es, según este modelo, la consecuencia de la interacción de las estrategias de *selección*, *optimización* y *compensación* que permiten que el individuo que envejece alcance sus metas a pesar de las limitaciones propias de la edad (Izquierdo Martínez, 2006). Así, aceptar las pérdidas asociadas a la edad, abandonar las actividades que no son significativas y centrarse en las prioritarias es saludable y adaptativo (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Nimrod y Kleiber, 2007).

Este es un modelo más amplio que permite la presencia de enfermedades crónicas y de problemas de salud, y por ello se podría considerar exitosos en el envejecimiento a un grupo más amplio de mayores (Strawbridge et al., 2002). Tal y como destaca Rubio Herrera (2004), este modelo propone básicamente un conjunto de estrategias que le permite a la persona mayor enfrentarse al deterioro de las capacidades físicas y cognitivas.

Así, al proponer las tres meta-estrategias que permiten la adaptación, este modelo explica cómo algunas personas mayores pueden seguir sintiéndose satisfechas con sus vidas a pesar de los retos a los que se enfrentan a medida que envejecen. En ese sentido el modelo es muy útil porque explica la paradoja del bienestar (Gana et al., 2013).

Aunque el modelo sea de gran utilidad también ha recibido críticas. Se ha dicho que es difícil operacionalizar las estrategias que propone (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García, 2006). Además este modelo, aunque explique cómo compensan las personas mayores el deterioro físico y cognitivo, no tiene en cuenta el impacto de las influencias distales, como por ejemplo el funcionamiento familiar en etapas previas a la vejez o la biografía de la persona mayor (P. Martin y Martin, 2002).

Los dos modelos descritos anteriormente conceptualizan el envejecimiento con éxito desde una perspectiva diferente, resaltando la influencia de distintos aspectos. Mientras el modelo de Rowe y Khan (1987, 1997) subraya la importancia de los aspectos biológicos y comportamentales, el modelo de P.B. Baltes y M.M. Baltes (1980, 1990) resalta el papel del proceso de adaptación y de algunos mecanismos que favorecen dicho proceso (McCarthy, 2005; Bowling y Iliffe, 2011).

Se ha afirmado que ambos modelos hacen contribuciones importantes a la comprensión del envejecimiento positivo, complementándose (Kahn, 2002), no obstante ambos usan el mismo término, el cual ha recibido numerosas críticas (M.M. Baltes y Carstensen, 1996). Varios autores consideran que el término exitoso es *problemático* o *inadecuado* (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Katz, 2000; Liang y Luo, 2012; Strawbridge et al., 2002). Strawbridge et al. (2002), por ejemplo, apuntan que este paradigma podría conducir a una conceptualización del envejecimiento como una “competición en la que hay ganadores y perdedores” (p.728).

M.M. Baltes y Carstensen (1996) denominan el término exitoso un “*oxymoron*, ya que el envejecimiento con éxito no implicaría envejecer en absoluto” (p. 400). Del mismo modo, Liang y Luo (2012) afirman que el paradigma del envejecimiento con éxito niega la vejez, porque la considera una mera continuación de la juventud y de la adultez sin contemplar su singularidad como etapa del ciclo vital.

Asimismo el concepto de envejecimiento con éxito, que es preferido por los investigadores estadounidenses para referirse al envejecimiento desde una perspectiva positiva, refleja los valores capitalista y consumistas del mundo occidental y, en especial de los Estados Unidos, contexto cultural en el que se originó (Paúl, Ribeiro y Teixeira, 2012; Liang y Luo, 2012). Los valores estadounidenses de independencia, juventud y productividad no son necesariamente los predominantes en otros contextos culturales (Liang y Luo, 2012).

Aún siendo problemático y criticable, el paradigma del envejecimiento con éxito ha contribuido en gran medida al estudio del envejecimiento desde una perspectiva positiva y ha generando innumerables investigaciones, lo que nos ha permitido tener una mejor comprensión de este fenómeno.

2.5.2. El envejecimiento activo

Un término alternativo al envejecimiento con éxito es el de envejecimiento activo. La OMS propuso este concepto en un intento de incluir los múltiples factores que influyen en la salud y de evitar términos discriminatorios. El envejecimiento activo es descrito como “el proceso de optimizar oportunidades para la salud, participación y la seguridad con el fin de promover la calidad de vida a medida que se envejece” (OMS, 2002 p. 12). Tal y como ilustra la figura 2.2 la salud, la seguridad y la participación son los pilares sobre los que se asienta la política social del envejecimiento.



Figura 2.2. Los tres pilares de la política social del envejecimiento activo de la OMS. Adaptado de OMS (2002).

Según la OMS el envejecimiento activo implica participar en todas las esferas de la vida, mantener la autonomía, la independencia y la calidad de vida. Así, mantenerse *activo* implica una participación en la esfera social, cívica, económica y espiritual de la vida (M. Caprara, 2008).

El término activo es preferido en el contexto europeo donde muchos estados han adoptado la definición y la propuesta de la OMS para desarrollar sus políticas sociales de envejecimiento (Paúl et al., 2012). Esto supone la ventaja de ligar la teoría gerontológica con la política social.

En España y particularmente en Andalucía, la principal política social para el envejecimiento es derivada de la Política Social del Envejecimiento Activo propuesta por la OMS. La política social de envejecimiento en España y en Andalucía adopta la definición y las recomendaciones de la OMS a la vez que incorpora la percepción que los mismos mayores tienen del envejecimiento activo. Según “El Libro Blanco del Envejecimiento Activo” el envejecimiento activo implica envejecer de manera segura, saludablemente, participar y contribuir de manera activa en la sociedad y seguir aprendiendo y formándose (Junta de Andalucía, 2010). La política social andaluza sobre el envejecimiento activo incluye 130 recomendaciones derivadas de los cuatro temas centrales mencionados anteriormente.

Algunas de las recomendaciones se refieren al mantenimiento de la salud mental y del bienestar. Por ejemplo la recomendación 50 sugiere que es “necesario incluir a todas las personas mayores en las estrategias de promoción de la salud mental” (p.493), la recomendación 52 subraya la importancia de promover “ la formación de la personas para mejorar su autoeficacia, su capacidad para resolver problemas, la conducta pro-social y la habilidad para afrontar los cambios del ciclo vital” (p. 493) y la recomendación 81 resalta la importancia de la “aceptación de los cambios asociados al envejecimiento, animando a las personas a hacer sus propios planes para el uso del tiempo y para el crecimiento personal de acuerdo con sus preferencias personales y habilidades” (p. 497).

Aunque el término de envejecimiento activo tenga la ventaja de enlazar la teoría gerontológica con la política social también ha suscitado críticas. Ranzijn (2011) por ejemplo considera que el término de envejecimiento activo también podría discriminar sin intención a los grupos en desventaja socioeconómica menospreciando sus experiencias de vida.

2.5.3. El envejecimiento saludable

Otro término alternativo que también enlaza la teoría gerontológica con la política social es el de envejecimiento saludable (Depp y Jeste, 2006). El envejecimiento saludable ha sido definido como “el proceso de optimizar oportunidades para la salud física, social y mental con el fin de permitir a los mayores tomar parte de manera activa en la sociedad sin ser discriminados y disfrutando de una buena e independiente calidad de vida” (Healthy Ageing Network, 2006, p. 8). Tanto las Naciones Unidas como la OMS han establecido el envejecimiento saludable como una de sus primeras prioridades. La Agenda de Investigación para el siglo XXI de las Naciones Unidas incluye el envejecimiento saludable como un tema relevante a

investigar y sugiere que es necesaria una mejor comprensión de las diversas formas de envejecer y las experiencias de vida que determinan la calidad de vida en la vejez.

La Agenda de Investigación de las Naciones Unidas recoge once áreas específicas de investigación que incluyen una definición y delimitación del concepto de envejecimiento saludable, identificar los determinantes sociales, ambientales y psicológicos del envejecimiento saludable y las estrategias de intervención que promuevan la salud (Naciones Unidas, 2007).

El envejecimiento saludable es también una de las metas propuestas por la OMS en la “Política Social Para el Siglo XXI – Salud Para Todos”. Para la región europea la OMS sugiere que los países europeos deberían desarrollar políticas sociales dirigidas a promover el envejecimiento saludable a través de la implementación de programas de promoción de la salud que proporcionen oportunidades para la participación en actividades sociales, físicas y ocupacionales (OMS, 1998).

El envejecimiento saludable es también parte del Programa de Salud Pública de la Unión Europea (UE). La UE describe el envejecimiento saludable como “la piedra angular para una Europa Sostenible” y sugiere que envejecer con salud determina el crecimiento económico y la productividad sostenible en una Europa en un progresivo envejecimiento. Por ello mejorar y ampliar los conocimientos sobre el envejecimiento saludable es crucial (Comisión Europea, 2007). La Comisión Europea afirma que la salud es un aspecto esencial en la vida de los ciudadanos, por lo que es necesario poner en marcha políticas y acciones sociales que aseguren un buen estado de salud entre los ciudadanos. La Comisión considera que, para envejecer de manera saludable, es necesario promover estilos de vida saludables, evitar los comportamientos de riesgo, favorecer el aprendizaje a lo largo de toda la vida y mantenerse activo después de la jubilación (Comisión Europea, 2007).

En el contexto de la investigación, Ryff y Singer (2009) describen el envejecimiento saludable como funcionamiento óptimo. Para estos autores el buen funcionamiento implica mantener capacidades y evitar aquellos factores que conllevan la pérdida de autonomía y la mortalidad. Peel et al. (2004) consideran que el

envejecimiento saludable es un proceso complejo que implica adaptarse a los múltiples cambios a nivel físico, social y psicológico que van surgiendo a lo largo del ciclo vital.

Aunque el término de envejecimiento saludable trata de remediar los problemas de los otros términos también es criticable, ya que el principal criterio sigue siendo un buen funcionamiento físico.

Todos los términos descritos anteriormente son variaciones de una conceptualización positiva del envejecimiento (vonFaber et al., 2001), no habiendo acuerdo en cuanto al mejor término a utilizar (Blazer, 2006; Depp y Jeste, 2006). Aunque los diferentes conceptos que han surgido para describir el lado positivo del envejecimiento sean similares, tienen connotaciones ligeramente diferentes (Ng et al., 2009). Esto puede tener consecuencia a la hora de desarrollar políticas sociales de envejecimiento y cuando los profesionales de la gerontología toman decisiones para intervenir. Por ello es preciso llegar a un acuerdo en cuanto al mejor término a utilizar para describir el envejecimiento desde una perspectiva positiva (Peel, McClure y Bartlett, 2005; Ryff y Singer, 2009).

Además todos los modelos descritos anteriormente tratan, tal y como apunta Rubio Herrera (2004), de identificar los factores que determinan las diferencias entre los mayores que tienen ilusión y ganas de vivir y los que están desganados y desmotivados, pero ninguno de ellos contempla el envejecimiento en su complejidad. No existe un modelo integrador universalmente aceptado por la comunidad científica y que guíe la políticas sociales de envejecimiento y la práctica de los profesionales que trabajan con personas mayores. Por ello, es necesario desarrollar un modelo de envejecimiento pertinente que contemple la multidimensionalidad del proceso de envejecimiento y que incluyan la diversidad en las formas que las personas tienen a la hora de envejecer (Peel et al., 2005; Ryff y Singer, 2009).

Ante la falta de consenso en cuanto al mejor término a utilizar, a la definición de envejecimiento desde una perspectiva positiva y al modelo que explique dicho fenómeno, en el presente trabajo de investigación se adopta la definición propuesta por Hansen-Kyle (2005) quien define el envejecimiento saludable/con éxito/activo como “el proceso de enlentecimiento físico y cognitivo a la que la persona se va adaptando de

manera resiliente para funcionar de manera óptima y mantener su participación” (p.52) en distintas áreas de la vida.

2.6. Modelos teóricos centrados en los recursos que favorecen la adaptación

Otra línea de investigación importante es la que se centra en los recursos de los que disponen las personas para adaptarse a las circunstancias potencialmente estresantes. Los recursos son relevantes tanto para el proceso de envejecimiento como para el bienestar subjetivo en el sentido de que las personas mayores que disponen de más recursos a nivel personal y social tienen más probabilidades de mantener su grado de bienestar (Bishop et al., 2006). Algunos de los modelos teóricos que enfatizado la relevancia de los recursos psicosociales para la adaptación y el mantenimiento del bienestar son el modelo SOC (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1980), que describimos en la sección sobre envejecimiento satisfactorio, el modelo *de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002), el modelo de *conservación de recursos* (Hobfoll, 1989) y el modelo de la *capacidad de reserva* (Gallo, 2009; Gallo y Mathews, 2003). A continuación describiremos brevemente estos últimos modelos.

2.6.1. El modelo de adaptación evolutiva

El *modelo de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002), representado en la figura 2.3, postula que las experiencias negativas pasadas y presentes pueden afectar la capacidad de adaptación, la salud mental y física, la competencia y la satisfacción vital de las personas mayores. Estos aspectos son considerados criterios de desarrollo.

Entre las circunstancias presentes potencialmente estresantes están las enfermedades, la pérdida de personas importantes y la viudez. Todos ellos son, según este modelo, cambios evolutivos (P. Martin, 2002). Las circunstancias pasadas que pueden afectar la adaptación son circunstancias como por ejemplo el abuso físico y

sexual sufrido en la infancia, el divorcio de los padres o la pérdida de uno de los progenitores (P. Martin y Martin, 2002).

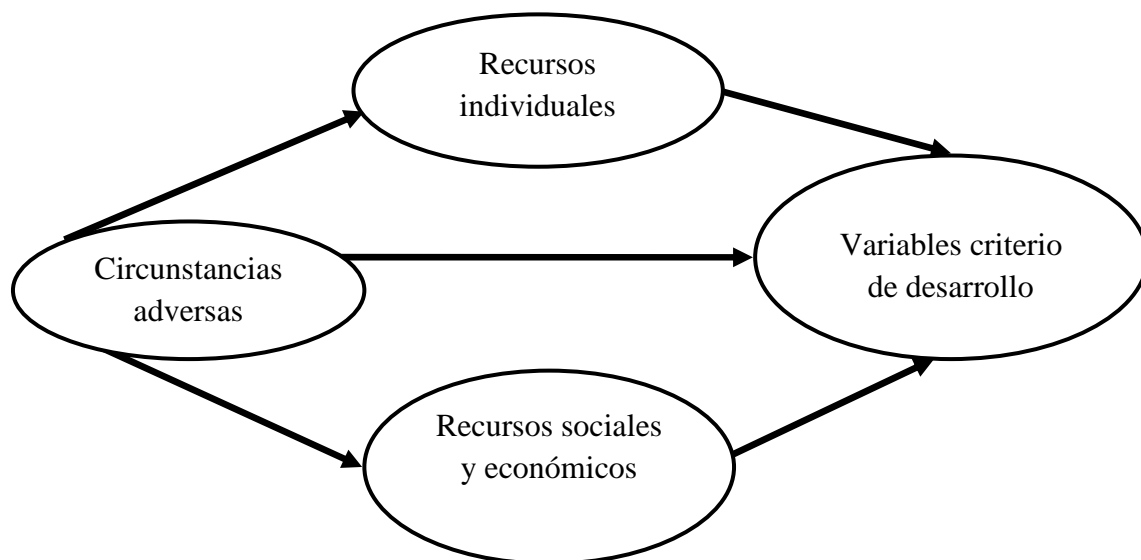


Figura 2.3. El modelo de adaptación evolutiva. Adaptado de P. Martin (2002)

Por otro lado, el modelo plantea que la adaptación supone, por un lado el ajuste ante las circunstancias cambiantes que ocurren a lo largo del ciclo vital, y por el otro, el mantenimiento de la salud física y mental, del estado funcional y del bienestar subjetivo. Estas variables son denominadas variables resultados de desarrollo (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002).

El envejecimiento exitoso y la adaptación ante los cambios evolutivos son posibles gracias a la existencia de recursos psicosociales que juegan un papel importante en mediar y moderar los posibles efectos negativos de dichos cambios.

El modelo divide los recursos psicosociales en recursos internos y externos. Entre los recursos internos, enumera la personalidad, el locus de control, la autoeficacia y entre los recursos externos las relaciones sociales, el apoyo social y el estatus socioeconómico. Así, las personas que consiguen adaptarse a las circunstancias potencialmente estresantes y mantener su bienestar son aquellas que tienen ciertos

rasgos de personalidad, que tienen apoyo social y recursos económicos (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002).

Además el modelo postula que la adaptación no solo es posible porque los individuos disponen de ciertos recursos en el momento en el que se tienen que enfrentar a una circunstancia potencialmente estresante. Las experiencias pasadas, como por ejemplo el cuidado recibido por los padres en la infancia, las experiencias estresantes vividas en otras etapas vitales, también pueden afectar de manera considerable el proceso de adaptación. Estas influencias son denominadas influencias distales mientras que las circunstancias presentes y los recursos psicosociales son llamadas influencias proximales (P. Martin y Martin, 2002).

Pero la adaptación no siempre es posible. La combinación de múltiples circunstancias estresantes podría erosionar la capacidad de reserva disminuyendo el nivel de recursos del que dispone una persona (P. Martin, 2002). Así podríamos explicar por qué en el grupo de personas muy mayores, con edades superiores a los 85 años, la acumulación de circunstancias adversas afecta gravemente su capacidad de superar dichas circunstancias y mantener el bienestar.

2.6.2. El modelo de conservación de recursos

El modelo de *conservación de recursos* (Hobfoll, 1989) fue propuesto por su autor como modelo explicativo del estrés, aunque también resulta muy útil para entender los procesos adaptación y resiliencia en la vejez. El modelo plantea que las personas se afanan por alcanzar metas valoradas universalmente, como por ejemplo salud, bienestar, una imagen positiva de sí mismo o tener una familia (Hobfoll, 2011).

Para poder alcanzar dichos objetivos, las personas ponen en marcha los recursos de los que disponen. Los recursos son aquellos aspectos que los individuos valoran, o los medios que usan para alcanzar las metas deseadas (Hobfoll, 1989, 2002). Existen diferentes tipos de recursos: los objetos que poseen las personas; las condiciones o

situaciones que tienen en sus vidas, como por ejemplo estabilidad laboral o en la pareja; los recursos personales, tales como la autoeficacia, el control sobre el entorno, el optimismo o el apoyo social (Hobfoll, 1989, 2002) y otro tipo de recursos que Hobfoll, (1989) denominó “energías” que son conocimiento, dinero y tiempo.

El planteamiento central de esta teoría es que los individuos tienen una motivación básica para mantener y proteger los recursos de los que ya disponen y las metas que han alcanzado, y a la vez buscan adquirir otros nuevos recursos y lograr nuevas metas (Hobfoll, 2011). Además las personas que disponen de un mayor número de recursos hacen frente a las situaciones estresantes de manera más eficaz y son menos vulnerables a la pérdida de recursos (Hobfoll, 2011).

Con respecto a la aplicación de este modelo a la vejez se puede destacar que la literatura demuestra que hay un gran impacto de los recursos en la salud física y en el bienestar de las personas mayores (Hobfoll y Wells, 1998).

2.6.3. El modelo de la capacidad de reserva

El modelo de la *capacidad de reserva* (Gallo, 2009; Gallo y Mathews, 2003) destaca como una aproximación teórica relevante originada en el contexto de la psicología clínica. El modelo es especialmente útil para entender las desigualdades en el estado de salud debidas al estatus socioeconómico. Según este modelo un estatus socioeconómico bajo constituye una circunstancia estresante que puede afectar negativamente el estado de salud. El estrés asociado a un bajo nivel socioeconómico está indirectamente asociado a la salud, a través de la asociación con la emoción y con las actitudes que los individuos tienen ante las circunstancias a las que se enfrentan (Gallo, 2009). No obstante un estatus socioeconómico bajo no siempre se asocia con un estado deteriorado de salud si la persona dispone de recursos protectores.

Los recursos protectores, tales como la integración social, el apoyo social y la percepción de control sobre el ambiente, así como la autoeficacia o el optimismo, median y moderan el impacto negativo que un bajo nivel socioeconómico tiene en la salud de los individuos (Gallo y Mathews, 2003). El modelo distingue entre recursos interpersonales, todos aquellos que se establecen en las relaciones con los demás, y los recursos intrapersonales, o los que son inherentes al propio individuo.

Estos recursos, que constituyen la capacidad de reserva del individuo, operan para atenuar la interpretación negativa que las personas pueden hacer de las circunstancias que se encuentran y favorecen el afrontamiento adaptativo. Cuando el nivel de recursos es inadecuado se produce una vulnerabilidad acentuada que puede derivar en depresión, ansiedad o desesperanza (Gallo y Mathews, 2003).

Los modelos teóricos descritos anteriormente destacan la relevancia de los recursos disponibles para el mantenimiento del bienestar y de la salud, aunque contemplan aspectos diferentes. Mientras el modelo *de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002) destaca la importancia de diversas circunstancias potencialmente estresantes que describe como cambios evolutivos, tales como las enfermedades o pérdidas de relaciones sociales, el modelo de *capacidad de reserva* (Gallo, 2009; Gallo y Mathews, 2003) se centra en el efecto específico del estatus socioeconómico en la salud. Por otro lado, el modelo de *conservación de recursos* (Hobfoll, 1989) no especifica qué circunstancias potencialmente estresantes podrían encontrarse los individuos.

En esta tesis doctoral partimos del modelo *de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002) y nos centramos en el impacto de los diferentes recursos de los que las personas mayores disponen en la actualidad y en su satisfacción vital. A continuación definiremos la satisfacción vital como criterio de envejecimiento con éxito.

CAPÍTULO 3:

LA SATISFACCIÓN VITAL EN LAS PERSONAS MAYORES

3.1. Satisfacción vital como criterio del envejecimiento con éxito

No existe acuerdo con respecto a los criterios a utilizar para la operacionalización del envejecimiento con éxito (Ng et al., 2009). En relación a ello una revisión sistemática muy reciente (Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne, 2014) pone de manifiesto la gran heterogeneidad de los criterios utilizados para operacionalizar el envejecimiento con éxito, a nuestro parecer fruto de la falta de acuerdo con respecto a la definición del envejecimiento con éxito.

La mayoría de los investigadores consideran que el desarrollo óptimo se puede medir a través criterios como el mantenimiento de un buen estado de salud, los vínculos sociales y la evaluación positiva de la propia vida (Huxhold, Fiori y Windsor, 2013). Entre los criterios más utilizados que han identificado Cosco et al. (2014) se encuentran los siguientes: el estado fisiológico (que incluye la salud, el estado funcional o la longevidad); el bienestar (afectividad y satisfacción vital); la implicación activa en la vida social (sistemas de apoyo, vida social); los recursos personales (afrentamiento y resiliencia) y factores extrínsecos (entorno y nivel económico). En un estudio previo, Bowling (2007) había identificado como los criterios de envejecimiento exitoso más utilizados el funcionamiento social, la satisfacción vital, los recursos psicológicos, el funcionamiento cognitivo, la salud y la supervivencia.

El mantenimiento de la salud, la implicación social activa o el funcionamiento cognitivo son criterios objetivos (Kanning y Schlicht, 2008; Triadó y Villar, 2006) que requieren una valoración externa por parte de los investigadores. Mientras tanto la percepción que los individuos tienen de su proceso de envejecimiento, la satisfacción

con la vida, la soledad o la evaluación de la salud son criterios subjetivos que implican una interpretación que los mayores hacen con respecto a la situación vital en la que se encuentran (Blazer, 2006; Gatz y Zarit, 1999; Ní Mhaoláin et al., 2012; Triadó y Villar, 2006).

Algunos autores consideran que los indicadores subjetivos son igual de relevantes que los indicadores objetivos (Blazer, 2006; Gatz y Zarit, 1999). Hay incluso quienes consideran que la satisfacción vital es uno de los indicadores más importantes utilizado por la psicología evolutiva para valorar en qué medida una persona envejece exitosamente (Kanning y Schlicht, 2008). La satisfacción vital es, según nuestro punto de vista, el mejor criterio para medir el envejecimiento con éxito porque refleja la influencia de experiencias recientes y pasadas de corta y larga duración (P. Martin y Martin, 2002) y porque implica la evaluación subjetiva que realizan los propios mayores sobre sus vidas.

Siguiendo a M. Caprara (2008) resaltamos la confusión que sigue existiendo actualmente con respecto a los criterios para decidir si una persona está envejeciendo exitosa o activamente y las variables predictores. En este trabajo, para evitar dicha confusión, consideramos la satisfacción vital como único criterio de envejecimiento con éxito, y por tanto la variable dependiente, mientras que el estado de salud y las relaciones sociales las consideramos predictores, y por tanto variables independientes.

La primera conceptualización del envejecimiento con éxito que incluye la satisfacción con la vida fue la propuesta de Havighurst (1963). Posteriormente muchos otros autores, como Palmore (1979), G.E. Vaillant y C.O. Vaillant (1990), o P.B. Baltes y M.M. Baltes (1990) también la incluyeron entre los criterios del envejecimiento con éxito junto con otros criterios biomédicos.

La satisfacción vital es un constructo psicológico relevante y al mismo tiempo es considerada un elemento esencial de la dimensión subjetiva del envejecimiento (IMSERSO, 2009; Magee, Miller y Heaven, 2013). Ha sido identificada como uno de los indicadores subjetivos más importante del envejecimiento saludable o exitoso, de la calidad de vida y de la salud mental en la vejez (Bowling, 1990; Bowling y Dieppe, 2005; Bowling, Farquhar, Grundy y Formby, 1993; E. Diener y Diener, 1995; E. Diener

y Suh, 1998; E. Diener, Oishi y Lucas, 2003; Fernández-Ballesteros, et al., 2007; Freund y Baltes, 1998; Gana et al. 2013; Hsu y Jones, 2012; Lupien y Wan, 2004; Ní Mhaoláin et al., 2012; Triadó y Villar, 2006).

La satisfacción vital ha sido utilizada como criterio de un funcionamiento positivo desde la década de los años sesenta del siglo pasado (Fisher, 1992) mayoritariamente por los psicólogos para estudiar el envejecimiento exitoso (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Thomas y Chambers, 1989). Además ha sido descrita como un “*macro indicador*” del funcionamiento social, psicológico y físico (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008) que se ha utiliza para identificar a los mayores con baja calidad de vida (Keister y Blixten, 1998) y para determinar la eficacia de las políticas sociales, los servicios de salud y de los programas de rehabilitación dirigidos a personas mayores (Ebersole, 1995; Smith et al., 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, medir la satisfacción vital en la vejez y entender sus determinantes es muy relevante para la investigación gerontológica (Bowling, 1990; Bowling, Grundy y Farquhar, 1996).

3.2. La satisfacción vital como componente del bienestar subjetivo

La satisfacción vital pertenece al contexto más general del bienestar subjetivo (Cabañero-Martínez et al., 2004) y ha sido descrita como el principal componente de la felicidad (Argyle, 2001). En esta tesis doctoral adoptamos la definición de satisfacción vital que proporciona el paradigma general del bienestar subjetivo.

El término bienestar fue inicialmente introducido por Bradburn (1969) para referirse a la estructura del bienestar psicológico que estaba formado por afecto positivo y negativo y por felicidad como el equilibrio entre ambos. Posteriormente, Andrews y Whitey en 1976, haciendo referencia a lo que hoy en día conocemos como bienestar subjetivo, describían la estructura del bienestar en términos de afectos positivos, afectos negativos y la evaluación cognitiva de la vida.

Actualmente, en cambio, hay que distinguir entre dos conceptualizaciones distintas del bienestar: el bienestar psicológico, cuya estructura fue reformulado por Carol Ryff (1989b), y el bienestar subjetivo propuesto por Ed Diener en 1984. Ambas conceptualizaciones se han desarrollado a partir de dos tradiciones filosóficas diferentes, el bienestar psicológico tiene sus raíces en la tradición filosófica eudaimonica y el bienestar subjetivo se originó a partir de la tradición hedonista. En la figura 3.1 se pueden observar los componentes de cada uno de los dos tipos de bienestar.

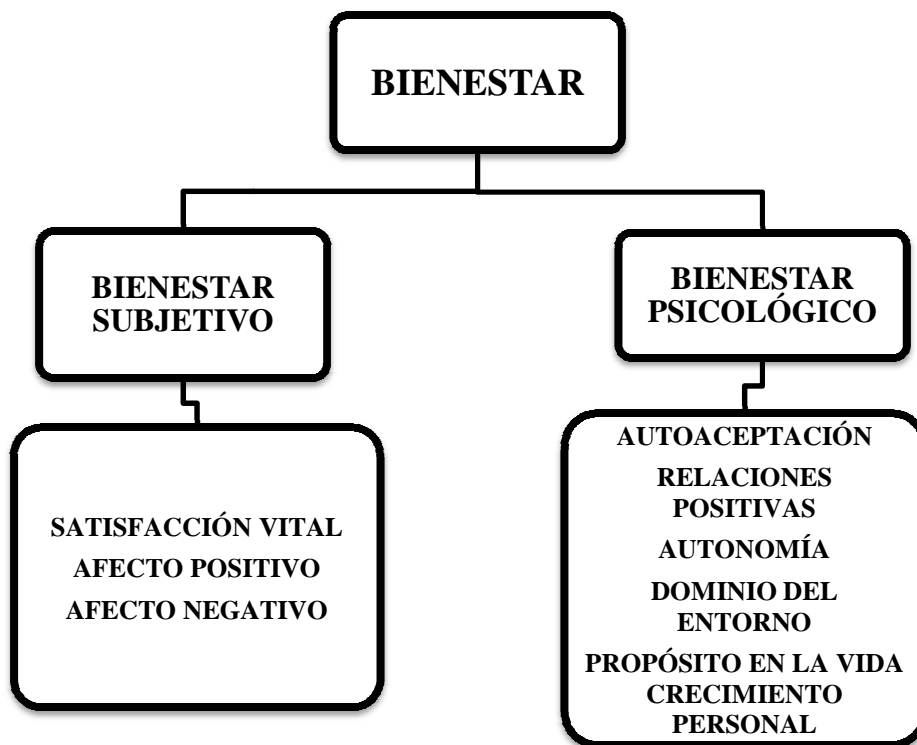


Figura 3.1. El concepto deo de bienestar, elaboración propia en base a E. D. Diener (1984) y Ryff (1989b)

El bienestar subjetivo es un constructo general que hace referencia a una orientación positiva en la vida (Ní Mhaoláin et al., 2012). El bienestar, tal y como lo concebía la tradición filosófica hedonista, es el resultado de la tendencia a maximizar

las experiencias placenteras y a minimizar las experiencias desagradables (Kahneman, Diener y Schwarz, 1999).

Inicialmente la estructura del bienestar subjetivo que propuso Diener en 1984, basada en gran medida en la estructura del bienestar propuesta por Andrews y Whitey (1976), estaba conformada por el afecto positivo, el afecto negativo y la satisfacción vital, aunque posteriormente se incluyó la satisfacción con diferentes dominios de la vida, como por ejemplo la satisfacción con la salud o con la familia (Schimmack, 2008).

El bienestar subjetivo no es un concepto unitario (Steel et al., 2008). Su definición y medida varían de un estudio a otro y no existe acuerdo con respecto a los dominios que lo conforman (Jovanovic, 2011; Steel et al., 2008). Así este constructo incluye múltiples factores tales como felicidad, satisfacción vital y balance afectivo o calidad de vida, que se pueden agrupar según su naturaleza evaluativa a nivel cognitivo o afectivo (G.V. Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010; E. Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon y Diener, 2005; Staudinger, Bluck y Herzberg, 2003).

Estas variables están moderadamente relacionadas pero no están solapadas (Kim-Prieto et al., 2005; Lucas, Diener y Suh, 1996). Estos conceptos tienen una evolución distinta a lo largo del tiempo, y las relaciones que mantienen con otras variables psicológicas describen patrones diferentes (E. Diener et al., 2003). Por esta razón el estudio del bienestar ha seguido líneas de investigación paralelas (Cabañero Martínez et al., 2004). Por un lado está la línea centrada en los juicios cognitivos, o sobre satisfacción con la vida, y por otro lado está la línea centrada en las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999).

El componente afectivo hace referencia a los estado anímicos, las emociones positivas y negativas que van surgiendo ante los diferentes acontecimientos que nos ocurren y suponen una tendencia a interpretar los eventos de manera positiva o negativa (Diener, 2000; Schimmack, 2008; Steel et al., 2008; van der Horst y Coffé, 2012).

Mientras tanto, la satisfacción vital ha sido definida como una valoración global que realizamos las personas sobre nuestras vidas, comparando las metas alcanzadas con las expectativas previas (E. Diener et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991).

Tales evaluaciones se pueden centrar en todo el ciclo vital, aludiendo al pasado, al presente y al futuro (E. Diener et al., 2003; Krause, 2004; Schilling, 2006; Street y Burge, 2012). Además estas evaluaciones ilustran las experiencias vividas a lo largo de la vida y las circunstancias recientes pasajeras de gran relevancia que tenemos accesible en la memoria (Heo y Lee, 2010; Street y Burge, 2012; Schimmack, Diener y Oishi, 2002; Schimmack, 2008) cuando evaluamos nuestras vidas.

Estas evaluaciones además se basan en el estado emocional en el momento actual o en las emociones que se experimentamos en determinados momentos, como por ejemplo durante la última Navidad (Kim-Prieto et al., 2005; Pavot y Diener, 1993; Schimmack, 2008; Suh, Diener, Oishi y Triandis, 1998).

3.3. La satisfacción vital y otros conceptos similares

Aunque por lo general en la literatura se haga referencia a la satisfacción con la vida como componente cognitivo del bienestar subjetivo, también se ha utilizado como sinónimo de felicidad o calidad de vida.

A pesar de no haber acuerdo con respecto a la naturaleza de estos dos constructos, ya que a veces felicidad se usa como sinónimo de satisfacción y en otras ocasiones es sinónimo de afecto (Steel et al., 2008), en la presente tesis doctoral hacemos una distinción entre estos términos y consideramos que no son intercambiables. De este modo entendemos la felicidad tal y como la define Diener (2000), como “la frecuencia e intensidad de emociones placenteras” (p.36), por lo que la felicidad es un estado afectivo transitorio, mientras que la satisfacción vital es una valoración cognitiva más estable (Mannel y Dupuis, 1996; Taylor, Chatters, Hardison y Riley, 2001).

Otro término que se ha usado de manera intercambiable con la satisfacción con la vida es calidad de vida (Ní Mhaoláin et al., 2012). Algunos autores como Ní Mhaoláin et al. (2012) afirman que la distinción entre satisfacción con la vida y calidad de vida no está clara. En el presente trabajo asumimos que la diferencia entre estos dos conceptos reside en que la satisfacción con la vida es una valoración subjetiva, una variable psicológica, mientras que la calidad de vida es una medida amplia, multidimensional, multi-nivel que incluye una combinación de indicadores subjetivos y objetivos (Bowling y Windsor, 2001; Bowling, 2004; Fernández-Ballesteros, et al., 2007; Steel et al., 2008). Entre los indicadores objetivos que diferencia el concepto de calidad de vida del constructo satisfacción vital están, por ejemplo, las condiciones ambientales (Fernández-Ballesteros, et al., 2007).

Además, la satisfacción vital es un constructo independiente que no se solapa con otros conceptos similares, como son autoestima u optimismo, que también son evaluaciones cognitivas (Lucas et al., 1996).

3.4. La estabilidad de la satisfacción vital en la vejez a pesar de los cambios

Actualmente no hay acuerdo con respecto a la estabilidad de la satisfacción vital a lo largo del ciclo vital. Algunos estudios han encontrado que la satisfacción vital es relativamente estable (e.g. Fujita y Diener, 2005; Kunzmann et al., 2000; Lucas y Gohm, 2000; Schilling, 2006), otros han hallado una relación en forma de U invertida entre edad y satisfacción vital (e.g. Mroczek y Spiro, 2005) mientras que algunos estudios recientes han demostrado que la relación en forma de U invertida desaparece cuando se tiene en cuenta la cohorte de edad (e.g. Gwozdz y Sousa-Poza, 2010).

Los hallazgos de los estudios transversales ilustran que la satisfacción con la vida se mantiene estable a lo largo de los años o incluso que aumenta (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Ruíz, 2001; Meléndez, Tomás y Navarro, 2008).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

En su estudio con mayores españoles, Fernández-Ballesteros et al. (2001) encontraron que la satisfacción con la vida no se veía afectada por la edad una vez controladas variables como el género, el nivel de ingresos o el estado de salud. En otro estudio realizado con personas mayores en España, Meléndez, et al. (2008) encontraron que la satisfacción con la vida disminuía en los primeros años de la vejez pero aumentaba después de los 85 años.

Según Schilling (2006) los resultados de los estudios transversales no constituyen una buena prueba de la estabilidad de la satisfacción vital, ya que comparan diferentes grupos de edad y no contemplan la cohorte de edad y el cambio intra-individual. Por ello, este autor resalta que los estudios longitudinales son más adecuados para dar respuesta a la pregunta de la estabilidad de la satisfacción vital.

No obstante los estudios longitudinales tampoco pueden dar respuesta a este interrogante. Algunos encontraron una relación curvilínea entre satisfacción vital y edad (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Mroczek y Spiro, 2005), otros encontraron un aumento lineal (Gana et al., 2013) y otros hallaron una gran heterogeneidad (Fujita y Diener, 2005). Mroczek y Spiro (2005) por ejemplo, encontraron una asociación curvilínea con forma de U invertida entre edad y satisfacción con la vida, la satisfacción vital aumentaba hasta los 65 años y a partir de esa edad comenzaba a disminuir, aunque este patrón no era igual para todos los participantes. Al analizar la estabilidad de la satisfacción vital a lo largo de diecisiete años, Fujita y Diener (2005) encontraron esa misma heterogeneidad: tres cuartas partes de la muestra mostraban una modesta estabilidad de su bienestar subjetivo y un cuarto de los participantes de su estudio experimentaron cambios en el bienestar a lo largo de un periodo de cinco años.

Al igual que en estudios previos, en su estudio longitudinal Gwozdz y Sousa-Poza (2010) encontraron que la relación entre edad y satisfacción vital era de U invertida para los participantes con edades comprendidas entre los 16 y los 65 años, no obstante cuando controlaron la variable cohorte generacional la satisfacción vital se mantenía constante a lo largo del ciclo vital y la relación curvilínea entre edad y satisfacción con la vida desaparecía. Hallazgos similares fueron encontrados por Schilling (2006) al analizar los datos del Estudio de Panel Socioeconómico Alemán.

Schilling (2006) encontró una tendencia robusta de estabilidad de la satisfacción vital en todas las edades y concluyó que la satisfacción vital es estable a lo largo del ciclo vital. Aún así, Schilling (2006) puntualizó que en la vejez este patrón era válido en las personas con edades comprendidas entre los 65 y los 80 años. En cambio Gana et al. (2013), analizando los datos de ocho oleadas de un estudio longitudinal y utilizando modelos de curva de crecimiento, encontraron un aumento linear en la satisfacción vital a lo largo de ocho años.

La literatura sobre la estabilidad de la satisfacción vital demuestra que no se puede llegar a una conclusión definitiva con respecto a la satisfacción con la vida en la vejez. Los diferentes resultados encontrados podrían deberse al diseño, a los instrumentos y la forma de cuantificar el cambio en satisfacción vital utilizados en los distintos estudios que han abordado este tema (Gana et al., 2013; Mroczek y Spiro, 2005; Schilling, 2006). A pesar de todas estas limitaciones podríamos concluir que la satisfacción vital es estable a lo largo de periodos cortos de tiempo, moderadamente estable a lo largo de periodos largos de tiempo (Lucas y Donnellan, 2007) y que también es posible que algunos individuos experimenten cambios en su satisfacción vital con el paso del tiempo (Lucas y Donnellan, 2007; Mroczek y Spiro, 2005), especialmente cuando se enfrentan a acontecimientos vitales relevantes (Diener et al., 1999; Gomez, Krings, Bangerter y Grob, 2009). Todo esto lo que realmente pone de manifiesto es que hay una gran heterogeneidad en la forma de envejecer (López Doblas y Díaz Conde, 2007).

Con respecto a la satisfacción vital en la vejez existe una gran variedad de perfiles y trayectorias de envejecimiento (Hsu, 2012; Hsu y Jones, 2012; Rubio-Herrera, 2004). Mientras algunos mayores encuentran dificultades para manejar las pérdidas y los cambios asociados a la vejez experimentando depresión e insatisfacción, otros, a pesar de los múltiples retos que se encuentran, no están ni deprimidos ni insatisfechos (Hsu y Jones, 2012; Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999; Villar, 1997) y envejecen satisfactoriamente.

Las personas mayores que se sienten satisfechas con sus vidas a pesar de los cambios a los que se enfrentan demuestran una gran capacidad de adaptación (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; Brandstäder y Greve, 1994; Staudinger, Marksiske y Baltes, 1995). Parece que, tal como afirma Bueno y Navarro (2003) que “el self que envejece tiene capacidades de reserva” (p.37) que favorecen el mantenimiento de la estabilidad del bienestar subjetivo a lo largo del proceso de envejecimiento (Bueno y Navarro, 2003; E. Diener et al., 2003; E. Diener et al., 1999; Kunzmann et al., 2000; Schilling, 2006). La capacidad de reserva incluye diferentes recursos psicosociales (Gallo y Mathews, 2003). Así, las personas mayores que se adaptan a los múltiples cambios y mantienen su bienestar en la vejez cuentan con recursos protectores que les permiten mantener su satisfacción vital a pesar de los retos a los que se enfrentan. A continuación vamos a describir algunos de las variables que podrían considerarse recursos protectores.

3.5. Recursos que influyen en la satisfacción vital de las personas mayores

A la hora de estudiar la satisfacción con la vida se han examinado diferentes aspectos: las variables socio-demográficas (e.g. Chan y Lee, 2006; Diener et al., 2003), las características individuales (e.g. Pavot y Diener, 1993; Lucas et al., 1996; Harrington y Loffredo, 2001) y los recursos sociales de los que dispone la persona (e.g. Helliwell y Putnam, 2004; Hsu y Tung, 2010).

La influencia que algunas de las variables socio-demográficas tienen en la satisfacción vital es débil (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Cacioppo et al., 2008; E. Diener et al., 2003), ya que, tal y como destacan muchos autores, estas variables explican solo una mínima parte de las diferencias encontradas en satisfacción vital y de su estabilidad a lo largo del tiempo (DeNeve y Cooper, 1998; E. Diener et al., 1999; E. Diener et al., 2003; Pinquart y Sörensen, 2000; Staudinger et al., 1999).

Con respecto a ello, el estudio de Fernández-Ballesteros et al. (2001) llevado a cabo con mayores españoles pone de manifiesto que una vez controlado el nivel educativo y el nivel de ingresos, el efecto que tienen la edad y el género en la satisfacción vital desaparece. Además, estos autores destacan que la edad, el género y el estado civil no llegaron a formar parte del modelo explicativo de la satisfacción vital que construyeron. Resultados similares fueron obtenidos en un estudio reciente realizado con mayores de contextos urbanos de la zona de Dublin, Irlanda. Los autores destacaron que el género no se relacionaba con la satisfacción con la vida, mientras que un mayor nivel educativo y tener pareja o estar casado se relacionaban con una mayor puntuación en satisfacción vital pero solo a nivel bivariado, ya que al realizar el análisis multivariado estas variables dejaban de predecir la satisfacción con la vida (Ní Mhaoláin et al., 2012). Del mismo modo, Şener, Oztop, Doğan y Guven (2008) encontraron que la edad y el nivel de ingresos no predecían la satisfacción vital de mayores turcos que viven en zonas urbanas, mientras que la salud y el nivel de ingresos eran predictores importantes. En otros estudios la varianza en satisfacción vital y en la estabilidad de la satisfacción vital explicada por los factores sociodemográficos era inferior al 5% (e.g. Chan y Lee, 2006; Gana et al., 2013; Staudinger et al., 1999). En un estudio reciente realizado con población mayor de Granada (Godoy-Izquierdo, Lara Moreno, Vázquez Pérez, Araque Serrano y Godoy García, 2013) ninguna de las variables socio-demográficas influía la satisfacción con la vida de los mayores participantes en el estudio.

Por tanto las características socio-demográficas no contribuyen de manera significativa en la explicación de la satisfacción vital y de su estabilidad en la vejez. Por ello, si solo se tienen en cuenta variables como la edad, el género o el estado civil no se podrá identificar a las personas que están y las que no están satisfechas con sus vidas (Myers y Diener, 1995).

3.5.1. Los recursos socioeconómicos

Según el *modelo de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002), el nivel educativo y el nivel de ingresos son recursos que favorecen la adaptación y el mantenimiento del bienestar en la vejez. Su relevancia en la predicción de la satisfacción vital ha sido previamente demostrada. Por ejemplo Katz (2009) encontró que la satisfacción con los recursos económicos y haber alcanzado un alto nivel educativo, junto con el funcionamiento físico, llegaban a explicar hasta el 30% de la varianza en satisfacción vital de los mayores de cuatro países europeos y de Israel.

El nivel socio-económico, que está formado por el nivel educativo y el nivel de ingresos, es uno de los factores distales que explican las variables de desarrollo como la satisfacción vital o la competencia y el envejecimiento exitoso (Fernández-Ballesteros, et al., 2007; P. Martín, 2002; Ng et al., 2009). El nivel económico de una persona es importante en la medida en la que determina su participación en actividades satisfactorias y la satisfacción de sus deseos y aspiraciones (Johnson y Krueger, 2005). Debido a ello, es importante prestar atención a esta variable (Chan y Lee, 2006). A continuación vamos a relatar los principales hallazgos sobre el impacto del nivel socioeconómico en la satisfacción vital de las personas mayores.

En el contexto español varios estudios ponen de manifiesto la importancia del estatus socioeconómico para el afrontamiento de las situaciones estresantes, para el bienestar emocional, la calidad de vida y la autonomía funcional de las personas mayores (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Gázquez Linares, Rubio Herrera, Fuentes y Ación, 2008; Navarro y Bueno, 2005; Prieto-Flores et al., 2008; Rodríguez-Rodríguez et al., 2011a, 2011b; Rojo-Pérez et al., 2012). Este efecto parece ser especialmente destacado entre las personas mayores con un bajo nivel ingresos (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Con respecto al nivel educativo se ha visto que contribuye de manera significativa al mantenimiento de la satisfacción vital a lo largo del ciclo vital (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Hsu, 2012).

En un estudio longitudinal realizado con personas mayores de Taiwán el nivel educativo alto se relacionaba con niveles estables de satisfacción vital a lo largo de los 14 años que duró dicho estudio. En el contexto español, Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás (2009) encontraron que un mayor nivel de estudios se asocia a mayores puntuaciones en la satisfacción vital. De modo similar Fernández-Ballesteros et al. (2001) hallaron que tanto el nivel de estudios como el nivel de ingresos se relacionaba con la satisfacción vital tanto directa como indirectamente. En un estudio más reciente realizado con mayores españoles y dominicanos Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez y Molina (2009) hallaron que un mayor nivel de estudios se asociaba con mayores niveles de satisfacción vital y de bienestar psicológico en ambos contextos culturales.

A pesar de la asociación positiva entre un mayor nivel de estudios y una mayor satisfacción vital también existe evidencia contraria. El estudio realizado por Requena Hernández, López Fernández y Ortiz Alonso, (2009) muestra que la satisfacción con la vida se relacionaba de manera inversa con el nivel de estudios, de modo que un menor nivel de estudios estaba asociado a una mayor puntuación en satisfacción vital. Los autores explican el hallazgo como consecuencia de la influencia de factores generacionales y de género.

Por otro lado, si analizamos el nivel de ingresos en relación con la satisfacción vital podemos observar que, por lo general, la literatura científica pone de manifiesto que el nivel económico tiene un efecto relativamente débil en la satisfacción con la vida (Argyle, 2001; Diener y Biswas-Diener, 2002; Pinquart y Sörensen 2000), aunque dicho efecto es único y no se debe a otros factores (Biswas-Diener y Diener, 2001).

Si bien se puede hablar de un efecto modesto del nivel de ingresos, hay que hacer ciertas matizaciones ya que la relación entre ingresos económicos y satisfacción vital está moderada por variables culturales e individuales. En relación a los aspectos culturales, Diener y Oishi (2000), al realizar una revisión de la literatura sobre el efecto del nivel económico en el bienestar subjetivo, afirman que el efecto del nivel de ingresos es mucho más fuerte en países pobres en comparación con los países más desarrollados a nivel económico.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Diener y Oishi (2000) afirman que, dado que en muchos países pobres hay una gran inequidad en el reparto de los recursos, la satisfacción de necesidades básicas de los ciudadanos de estos países se ve gravemente dificultada. Mientras tanto, tal y como apuntan estos autores, en los países más desarrollados los sistemas de protección social aseguran que los grupos desfavorecidos económicamente puedan ver satisfechas sus necesidades básicas.

En cuanto al efecto del nivel económico y la satisfacción vital en personas mayores, estudios realizados en diferentes contextos culturales ponen de manifiesto que un nivel de ingresos más alto se relaciona con mayores niveles de bienestar (Cacioppo et al., 2008; Chan y Lee, 2006; Taylor, Chatters, Hardison y Riley, 2001; Thomas, 2010). El nivel de ingresos también ha sido identificado por los mayores como uno de los factores más importante que predicen el envejecimiento satisfactorio (Warner, Doble y Hutchinson, 2012).

Chan y Lee (2006) encontraron que, de todas las variables sociodemográficas, la única que tenía mayor valor predictivo para la felicidad en mayores chinos era el nivel económico. Es más, estos autores hallaron que los recursos económicos de los que disponían los mayores de su estudio predecían el número de personas que componían la red social, aquellos mayores que tenían un nivel económico más alto informaban tener más contacto con sus familiares y amigos. Del mismo modo, Taylor et al. (2001) encontraron que para los mayores norteamericanos de color el nivel de ingresos se asociaba positivamente con la satisfacción vital. Estos autores apuntaron que, generalmente, la influencia del nivel de ingresos en el bienestar era más acusado en personas con un bajo nivel de ingresos. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la población mayor norteamericana de color es uno de los grupos más pobres en Estados Unidos, especialmente las mujeres (Kane, 2005).

Pero este efecto ha sido encontrado también en la población mayor norteamericana en general. De modo similar Thomas (2010) encontró que para población mayor norteamericana en general el nivel de ingresos era un factor importante en la predicción del bienestar.

Igualmente, Cacioppo et al. (2008), también en el contexto norteamericano, analizando datos a nivel transversal del *Chichago Health, Aging, and Social Relations Study (CHARS)* encontraron que el nivel de ingresos del hogar predecía la felicidad en toda la muestra, y no solo en personas con un bajo nivel de ingresos. Además, estos autores hallaron que el efecto del nivel de ingresos se mantenía incluso cuando se introducían en el modelo de regresión múltiple la diversidad o el tamaño de la red social y la cantidad de deuda adquirida. Aun así el valor predictivo del nivel de ingresos no se mantenía cuando se analizaron los datos longitudinalmente y sugieren que la importancia del nivel de ingresos era transitoria.

Con respecto al contexto español, algunos estudios previos habían encontrado que el nivel económico se asocia de manera significativa con la satisfacción vital (Fernández-Ballesteros et al., 2001) mientras que otros no han encontrado dicha asociación (Godoy-Izquierdo et al., 2013).

Profundizando en el efecto de esta variable podemos decir que, más concretamente, es la satisfacción con el nivel de ingresos lo que predice una alta satisfacción vital (Berg, Hoffman, Hassing, McClean y Johansson, 2009; Hsu, 2012). Hsu (2012) por ejemplo encontró que la satisfacción con el nivel de ingresos predice el aumento de la satisfacción vital durante un periodo de 14 años en mayores taiwaneses. Han y Hong (2011), en cambio, encontraron que algunas variables relacionadas con el nivel de ingresos, como son los recursos económicos, tales como ser propietario de la vivienda, o tener ahorros o deudas, se asociaban de manera significativa con la satisfacción vital de mayores coreanos, mientras que el nivel de ingresos en sí no tenía un impacto considerable. Además, estos autores ponen de manifiesto que aquellos mayores cuyos recursos económicos se veían incrementados también mantenían más estable su satisfacción vital a lo largo de un periodo de dos años, o incluso aumentaban su bienestar. Cacioppo et al. (2008), en cambio encontraron que tener un plan de pensión era la variable con mayor poder predictivo de todas las relacionadas con el nivel de ingresos, incluso eliminaba el efecto del nivel de ingresos del hogar. Estos autores explican este hallazgo abogando que es más importante no tener preocupaciones económicas de cara al futuro que el nivel económico en sí.

En relación a este hallazgo Berg et al. (2009) afirman que el efecto débil del nivel de ingresos en el bienestar podría ser una consecuencia más de la capacidad que tienen las personas mayores para adaptarse. Según estos autores, el bienestar de los ancianos no se vería afectado por un nivel económico más bajo debido a que las personas mayores ajustarían sus necesidades y anhelos al nuevo nivel de ingresos que tienen disponible.

3.5.2. El estado de salud

La salud también es uno de los predictores más importante del bienestar de las personas mayores (Bishop et al., 2006; Bowling, 2005; Fernandez-Ballesteros et al., 2001; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Karataş y Duyan, 2008; Lowenstein y Katz, 2005; Piazza, Charles y Almeida, 2007; Şener et al., 2008) facilitando o limitando las posibilidades de las personas mayores de envejecer exitosamente (Warner, Doble y Hutchinson, 2012).

Teniendo en cuenta que la vejez está frecuentemente asociada a una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud y deterioro permanente en la capacidad funcional (e.g. Ayis, Gooberman-Hill, Bowling y Ebrahim, 2006; Bueno y Navarro, 2003; Cotter y Lachman, 2010; Greve y Staudinger, 2006; Fogelholm et al., 2006; Jylha, 2004; Kunzmann et al., 2000), el deterioro de la salud es un factor de gran relevancia que afecta en gran medida el bienestar de los mayores.

Según Ní Mhaoláin et al. (2012) es razonable esperar que el deterioro de la salud sea tan importante a la hora de predecir el bienestar de las personas mayores. El deterioro del estado de salud que experimentan los mayores raramente es susceptible de mejorar y puede tener múltiples consecuencias perjudiciales (Greve y Staudinger, 2006). Por ejemplo, los problemas de salud y muy especialmente el deterioro de la capacidad funcional podrían impedir la realización de actividades deseadas como el auto-cuidado, la interacción y la participación social (Duke et al., 2002; Ekström et al., 2008; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith et al., 2002).

Además, los problemas de salud están asociados a la disminución de los afectos positivos y al incremento de los estados emocionales negativos tales como sentimientos de insuficiencia, inutilidad, soledad y depresión (Bozo, Toksabay y Kürüm, 2009; Gleicher, Croxford, Hochman y Hawker, 2011; Kunzmann et al., 2000). Es más, los problemas de salud podrían afectar el nivel de recursos psicosociales de los que disponen las personas, como por ejemplo el optimismo (Paúl, Ayis y Ebrahim, 2007).

Padecer un gran número de enfermedades se asocia con un menor grado de bienestar (Bishop et al., 2006; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 1993; Bowling, 1990; Enkvist, Ekström y Elmståhl, 2012; Karataş y Duyan, 2008; Kunzmann, et al., 2000; Taylor et al., 2001). Particularmente, destacan por su impacto negativo enfermedades como el infarto cardiaco, los derrames cerebrales, las enfermedades vasculares, respiratorias, reumáticas y las digestivas, la incontinencia urinaria o los problemas de insomnio (Berg et al., 2009; Hsu, 2011). Asimismo las quejas somáticas como la tensión muscular y los síntomas gastrointestinales también se asocian con niveles bajos de satisfacción vital (Enkvist et al., 2012).

Aparte de las enfermedades, la presencia de limitaciones funcionales también impacta de manera considerable la satisfacción con la vida y la felicidad en la vejez. El deterioro del estado funcional se asocia negativamente con la satisfacción con la vida mientras que un nivel bajo de dependencia funcional se asocia a puntuaciones altas en la satisfacción con la vida (Gázquez Linares et al., 2008; Karataş y Duyan, 2008; Robb, Small y Haley, 2008). Por ejemplo Bowling (1990) halló que el estado de salud y el estado funcional eran predictores importantes al establecer la línea base del estudio longitudinal, no obstante en las evaluaciones subsecuentes, Bowling et al. (1993) y Bowling et al. (1996) encontraron que la varianza explicada por el estado de salud y el estado funcional era mucho más bajo que en la línea base. Del mismo modo, otras investigaciones más recientes (Berg, Hassing, McClearn y Johansson, 2006; Cacioppo et al., 2008) destacaron que el efecto que tienen el estado funcional y la salud objetiva en la satisfacción vital era muy bajo.

En cambio, varias investigaciones han hallado que el estado percibido de salud se asocia de manera significativa con el bienestar subjetivo (e.g. Bishop et al., 2006; Borg, Hallberg y Blomqvist, 2006; Cacioppo et al., 2008; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010) siendo la variable relacionada con la salud con mayor poder predictivo (Smith et al., 2002). Gwozdz y Sousa-Poza (2010) encontraron que percibir el estado propio de salud como malo o sentirse insatisfecho con la salud se asociaba con bajos niveles de satisfacción vital, mientras que una valoración positiva de la salud aumentaba la puntuación en satisfacción vital en casi medio punto. Del mismo modo en el estudio de Borg et al. (2006) los participantes que indicaban tener una mala salud tenía una probabilidad 19 veces mayor de sentirse insatisfechos con sus vidas. Por tanto, parece que la evaluación subjetiva del estado propio de salud es la variable relacionada con la salud que más afecta el bienestar de los mayores, aunque su efecto es modesto (Cacioppo et al., 2008) en comparación con otras variables. Ante esto, recogemos la idea de Argyle (2001) que aconseja que la satisfacción vital se estudie en relación a aspectos como las diferencias individuales en la personalidad, en las emociones y en los procesos cognitivos.

3.5.3. Los recursos personales: los rasgos de personalidad

El constructo rasgo de personalidad hace referencia a patrones comportamentales, emocionales y de pensamientos estables a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y que explican las diferencias inter-individuales (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Ozer y Benet-Martínez, 2006).

Existen diferentes perspectivas en el estudio de los rasgos de personalidad, aunque la más común y la más aceptada es la del *modelo de los cinco grandes* o el *modelo los cinco factores* (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; O'Rourke, Claxton, Chou, Smith y Hadjistavropoulos, 2011; Steel et al., 2008). Este modelo es una clasificación que incluye cinco dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad (McCrae y Costa, 1999, 2004).

Aunque los estudios que han investigado el impacto de la personalidad son relativamente escasos en comparación con la investigación que analiza el efecto de la personalidad en la afectividad (Schimmack, Oishi, Furr y Funder, 2004), hay suficientes pruebas que indican que la personalidad es un importante predictor de la satisfacción vital.

Varios estudios ponen de manifiesto que rasgos como el optimismo, la apertura a la experiencia o la extraversión se asocian de manera positiva a la satisfacción con la vida (Chang, 2002; Demir y Weitekmap, 2007; DeNeve y Cooper 1998; González Herero y Extremera, 2010; Heo y Lee, 2010; Harrington y Loffredo, 2001; Isaacowitz, 2005; Lucas et al., 1996; Mroczek y Spiro, 2005; Ní Mhaoláin et al., 2012; Pavot y Diener, 1993; Steel et al., 2008; Stephan, 2009; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht y Iliffe, 2006). Keyes, Shmotkin y Ryff (2002), por ejemplo, encontraron que las personas que puntúan alto en extraversión y en responsabilidad y bajo en neuroticismo puntuaban alto tanto en bienestar subjetivo como en bienestar psicológico. En su metaanálisis DeNeve y Cooper (1998) destacan que los rasgos de personalidad tienen un importante poder explicativo de la varianza del bienestar. Estos autores comentan que la combinación de extraversión y neuroticismo llega a explicar el 11% de la varianza en satisfacción vital y hasta el 20% de la varianza en afecto negativo. Del mismo modo, Staudinger et al. (1999) hallaron que los rasgos de personalidad explicaban un 23% de la varianza en bienestar subjetivo mientras que Demir y Weitekamp (2007) encontraron que los rasgos de personalidad explicaban más de la mitad de la varianza en felicidad. En un metaanálisis más reciente Steel et al. (2008) encontraron que la varianza en la satisfacción vital explicada por la personalidad oscilaba entre 14 y 28%, dependiendo del instrumento utilizado para medir la personalidad. Así, los estudios que utilizaban el NEO Personality Inventory encontraban que la personalidad explica un mayor porcentaje de la varianza en bienestar subjetivo que los que utilizaban otros instrumentos como por ejemplo Eysenck Personality Questionnaire.

Por otro lado no todos los rasgos de personalidad tienen el mismo impacto en los diferentes componentes del bienestar. Por ejemplo, mientras el neuroticismo es el rasgo que más correlaciona con el afecto negativo, la extraversión, la amabilidad y la responsabilidad se asocian de manera más fuerte con el afecto positivo, con la satisfacción con la vida y con la felicidad (DeNeve y Cooper, 1998).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Al mismo tiempo, tal y como destacan Diener et al. (2003), mientras que características de personalidad como son la responsabilidad o la amabilidad se asocian de manera débil e indirecta con el bienestar (DeNeve y Cooper, 1998; Keyes et al., 2002), la extraversión y el neuroticismo, ambas características claves de la teoría de la personalidad, son los rasgos que más fuertemente se asocian con las medidas de bienestar subjetivo (Butkovic, Brkovic y Bratko, 2012; Gomez, Allemand y Grob, 2012). Por ejemplo, en un estudio reciente que evaluaba el impacto de los rasgos de personalidad tanto en personas mayores como en adultos jóvenes, se ha encontrado que en personas mayores la extraversión y el neuroticismo era los predictores más importantes de varias medidas de bienestar, concretamente en el caso del bienestar subjetivo estos dos rasgos de personalidad explicaban el 23% de la varianza (Butkovic et al., 2012).

Además de ser importantes predictores del bienestar, los rasgos de personalidad explican también la estabilidad de la satisfacción vital a lo largo del ciclo vital (Headey, 2010). Mroczek y Spiro (2005) no pudieron hallar un patrón universal del cambio en la satisfacción con la vida, ya que el patrón de cambio en la satisfacción vital no era igual para todos los individuos. La tasa de cambio variaba en función de las diferencias individuales como por ejemplo la extraversión. Del mismo modo, Headey (2010) afirma que los rasgos de personalidad, determinados hasta cierto punto por la herencia genética y por las experiencias de la infancia temprana, determinan un nivel base de satisfacción que se recupera incluso después de eventos estresantes.

Así las variables de personalidad son importantes predictores del bienestar subjetivo (Ardelt, 1997) favoreciendo la estabilidad del bienestar. Por tanto, para poder llegar a comprender plenamente el bienestar en la vejez las investigaciones sobre bienestar deberían incluir las variables de personalidad (Argyle, 2001; González Herero y Extremera, 2010; Stephan, 2009).

3.5.3.1. La extraversión y la satisfacción vital

La extraversión ha sido definida como una dimensión de personalidad amplia que incluye aspectos como afectividad positiva, búsqueda de sensaciones, actividad, desinhibición social y sociabilidad (Chapman, Roberts y Duberstein, 2011; Digman, 1990; Kalish y Robins, 2006; Lucas, Diener, Grob, Suh y Shao, 2000; Watson y Clark, 1997).

De todos los rasgos de personalidad la extraversión es la característica que se asocian en mayor medida con la satisfacción vital (Hofer, Busch y Kiessling, 2008; Lucas y Fujita, 2000), y por ello ha recibido mayor atención en la literatura sobre satisfacción vital en la adultez y en la vejez, junto con el neuroticismo (Mroczek y Spiro, 2005).

Generalmente las correlaciones encontradas entre extraversión y satisfacción vital oscilan entre .38 y .47 (Hofer et al., 2008; Keyes et al., 2002; Lucas y Fujita, 2000), aunque dependiendo del contexto cultural en el que se estudia esta asociación puede disminuir o incluso desaparecer. Estudios realizados en países como México o Ghana ponen de manifiesto que las correlaciones encontradas entre estas dos variables puede disminuir hasta .15 y .20 o ser inexistente en países como Japón (Otonari et al., 2012; Schimmack et al., 2002).

Aunque el impacto de la extraversión en el bienestar de las personas mayores ha sido estudiado en menor medida en comparación con el efecto del neuroticismo (Robb et al., 2008), hay acuerdo con respecto a la asociación positiva entre extraversión y satisfacción vital en personas mayores. Este rasgo de personalidad llega a explicar alrededor del 30% de la varianza en satisfacción vital y su efecto esta mediado por la autoeficacia y la importancia de las metas intrínsecas (Adkins, Martin y Poon, 1996; Berg et al., 2006; Jopp y Rott, 2006; Laukka, 2007).

A pesar de que la extraversión sea uno de los predictores más importantes de la satisfacción con la vida, la mayoría de los estudios explican la asociación entre extraversión y satisfacción vital a través de la afectividad positiva.

Esta postura asume que la sensibilidad a las señales de recompensa, o la tendencia a procesar estímulos positivos más intensamente y a experimentar mayor afecto positivo ante dichos estímulos (Lucas y Diener, 2001), constituye el núcleo de este rasgo de personalidad (e.g. Depue y Collins, 1999; Lucas y Diener, 2001; Schimmack et al., 2004; Watson y Clark, 1997). Esta conceptualización de la extraversión parte de la teoría de Gray (1987) que plantea que existen diferencias a nivel neural entre extrovertidos e introvertidos en el sistema de activación e inhibición conductual. Así, según esta teoría, los individuos que puntúan alto en extraversión prestan mayor atención a las señales de recompensa.

Mientras tanto, otras posibles explicaciones raramente han sido contempladas. Esto es sorprendente, dado que no hay acuerdo con respecto a la principal característica de la extraversión. Algunos autores sostienen que la principal faceta de la extraversión es la tendencia a procesar estímulos positivos más intensamente (e.g. Depue y Collins, 1999; Schimmack et al., 2004), mientras que otros (e.g. Ashton y Lee, 2001) aseguran que la principal faceta de la extraversión es la sociabilidad.

Los estudios que asumen la postura de la sensibilidad a las señales de recompensa han hipotetizado y probado que la tendencia de los extrovertidos a experimentar mayor afecto positivo les predispone también a experimentar altos niveles de satisfacción vital (DeNeve y Cooper, 1998; Lucas y Fujita, 2000; Magee, Miller y Heaven, 2013; Schimmack et al., 2004).

No obstante, mientras que estos estudios proporcionan información importante con respecto al efecto indirecto que tiene la extraversión en la satisfacción con la vida, no pueden explicar por qué los extrovertidos son sensibles a los estímulos sociales, tal y como lo demuestran Lucas y Diener (2001), o por qué los individuos más extrovertidos experimentan un aumento en emociones positivas solo por estar en presencia de otras personas (Augustine y Hemenover, 2008). Según Eid, Riemann, Angleitner y Borkenau (2003) el hecho de que los extrovertidos experimenten una mayor emocionalidad positiva en presencia de otras personas se debe en parte a la alta correlación genética que existe entre la sociabilidad y la emocionalidad positiva.

Según Eid et al. (2003) estas dos facetas se relacionan con el sistema dopaminérgico que está genéticamente mediado. Al mismo tiempo, estos autores destacan que existen también factores ambientales que podrían explicar la asociación entre sociabilidad y afecto positivo.

Además un estudio reciente realizado con una amplia muestra representativa con un seguimiento longitudinal indica que la afectividad positiva explica solo en parte el efecto que la extraversión tiene en la satisfacción con la vida (Magee et al., 2013). Magee et al., (2013) plantean que la relación entre emocionalidad positiva y extraversión podría deberse al apoyo social, más concretamente al apoyo emocional, que los extrovertidos obtienen de sus interacciones sociales y que a su vez podría derivar en una mayor satisfacción con la vida.

Ante esto, una explicación alternativa a la relación entre extraversión y satisfacción vital podría ser que los extrovertidos, debido a su gran sociabilidad, se benefician en mayor medida del contacto social, lo que tiene como consecuencia una mayor satisfacción con la vida. A continuación vamos a describir los principales hallazgos sobre la relación entre extraversión y relaciones sociales y sobre el posible papel mediador de las relaciones sociales en la relación entre extraversión y satisfacción vital.

3.5.3.1.1. Las relaciones sociales como explicación de la asociación entre extraversión y satisfacción vital

Tal y como se planteaba anteriormente, hay autores que consideran que la principal faceta de la extraversión es la sociabilidad o más bien la búsqueda de atención social, definida como la preferencia por involucrarse activamente en situaciones de índole social (Ashton, Lee y Paunonen, 2002; Ashton y Lee, 2001).

La tendencia de los extrovertidos de buscar atención social, o la forma de comportarse y cómo se sienten en situaciones sociales (Lucas et al., 2000), les lleva a invertir tiempo y energía en estas circunstancias (Ashton et al., 2002), creando situaciones sociales positivas (Eaton y Funder, 2003).

De este modo, los extrovertidos consiguen establecer y mantener interacciones sociales positivas a la vez que reciben respuestas positivas de las personas con las que interactúan (Lincoln, Taylor y Chatters, 2003). A su vez esto contribuye a que los extrovertidos tengan redes sociales más amplias y más amigos que los introvertidos (Long y Martin, 2000; Pollet, Roberts y Dunbar, 2011; Swickert et al., 2002).

En congruencia con esta hipótesis la literatura sobre extraversión muestra que los extrovertidos disfrutan de las compañías de los demás y por ello buscan activamente ocasiones para interactuar con otras personas. Asimismo los extrovertidos disfrutan de las reuniones concurridas, son parlanchines y afectuosos y hacen amistades con facilidad (Aspendorf y Wilpers, 1998; Kalish y Robins, 2006; Krause, 2006; Lincoln et al., 2003; Long y Martin, 2000; Lucas, Le y Dyrenforth, 2008; Lucas y Fujita, 2000; Oerlemans, Bakker y Veenhoven, 2007). Así, varios estudios corroboran que los extrovertidos tienen redes sociales más amplias y particularmente más amigos que los introvertidos (Aspendorf y Wilpers, 1998; Berry, Willingham y Thayer, 2000; Kalish y Robins, 2006; Long y Martin, 2000; Pollet et al., 2011).

Pero la extraversión no se relaciona con un mayor número de personas en todos los subgrupos que conforman la red social, sino solamente con las redes de amigos (Doeven-Eggens, De Fruyt, Jolijn Hendriks, Bosker y Van der Werf, 2008; Pollet et al., 2011). Doeven-Eggens et al. (2008) encontraron que la extraversión se asociaba con una mayor probabilidad de disponer de redes sociales centradas en iguales y una menor probabilidad de tener redes sociales centradas primariamente en la familia.

A su vez, disponer los extrovertidos de una red social más amplia y de un mayor número de amigos les brinda a los extrovertidos más oportunidades de establecer contacto social de calidad y, en consecuencia, para recibir apoyo social (Bolger y Eckenrode, 1991; Lewis, Bates, Posthuma y Polderman; Long y Martin, 2000; Swickert et al., 2002; Van der Horst y Coffé, 2012).

En relación a la calidad de las interacciones sociales de los extrovertidos, aunque en general la literatura pone de manifiesto que la extraversión se relaciona con las interacciones sociales de calidad y con la cercanía hacia los amigos (Aspendrof y Wilpers, 1998; Berry et al., 2000; Demir y Weitekmap, 2007; Pollet et al., 2011) hay también estudios que resaltaron que el rasgo de extraversión no se asocia con la búsqueda de la calidad en las relaciones sociales o con la cercanía emocional (Hofer et al., 2008; Zhu et al., 2013).

Con respecto a la relación entre apoyo social y la extraversión, varios estudios encontraron evidencia a favor (Bolger y Eckenrode, 1991; Hills y Argyle, 2001; Kalish y Robins, 2006; Long y Martin, 2000; Pollet et al., 2011; Swiickert et al., 2002). Long y Martin (2000), por ejemplo, destacan que los extrovertidos, al estar involucrados en actividades sociales con los amigos encuentran en sus redes de amistad una fuente adicional de apoyo a la proporcionada por la familia. Del mismo modo, Pollet et al. (2011) encontraron que la extraversión pronosticaba tanto el número de personas con las que tenían contacto semanal y les proporcionaban apoyo emocional, como con las personas con las que tenían contacto mensual aunque no les proporcionaran este tipo de apoyo. También se ha encontrado que los extrovertidos son más propensos a hablar de sus problemas personales con su familia y con sus mejores amigos y perciben con mayor frecuencia a sus interlocutores como dispuestos a escucharles (Hills y Argyle, 2001; Swickert et al., 2002).

Hofer et al. (2008) por otro lado, consideran que el contacto social de calidad se asocia con una alta necesidad de afiliación, aspecto que no necesariamente está asociado con la extraversión, ya que esta característica de personalidad se describe, según estos autores, por asertividad y dominancia, aspectos que no necesariamente están asociadas a la tendencia de buscar interacciones sociales cercanas.

Por el contrario Hills y Argyle (2001) hallaron que la extraversión se asociaba de manera positiva con las tendencias empáticas y afiliativas. Lucas et al. (2000) afirman que los extrovertidos tienen una gran necesidad de mantener relaciones sociales de calidad porque las relaciones sociales son especialmente gratificantes para todos los individuos y particularmente para los extrovertidos, que son sensibles a los estímulos gratificantes a los que buscan activamente (Mroczek y Spiro, 2005; Smillie, 2013).

De hecho, Lucas et al. (2008) encontraron que las actividades sociales eran las que correlacionaban más fuertemente con el afecto positivo. Tal y como lo explica Smillie (2013), las actividades como pasar tiempo con los amigos implican acercarse a los estímulos gratificantes. Asimismo, se ha visto que la extraversión se asocia a mayor atención dedicada a los estímulos sociales (Fishman, Ng y Bellugi, 2011). Por tanto, es razonable esperar que los individuos que puntúan alto en extraversión estén muy motivados para involucrarse activamente en relaciones sociales cercanas.

Por todo lo anterior consideramos que la búsqueda de atención social motiva a los extrovertidos a estar involucrados en un mayor número de interacciones sociales de calidad que les brindan apoyo social y por ello están más satisfechos con la vida.

Con respecto a la asociación entre extraversión y relaciones sociales en la vejez, existen pocos estudios en comparación con la gran cantidad de investigaciones realizadas con otros grupos de edad. Aun así se ha encontrado que, aunque por lo general las redes sociales de las personas mayores tienden a estar centradas en la familia en mayor medida (Golden et al., 2009), la extraversión correlaciona positivamente con el tiempo que los mayores dedican a la interacción social, asociándose a un mayor contacto social directo y telefónico con las personas que les rodean (Krause, Liang y Keith, 1990; Lang, Staudinger y Carstensen, 1998; Wilson et al., 2005). Al mismo tiempo, la extraversión predice la frecuencia de contacto con los amigos, la asistencia a la iglesia y la participación en organizaciones y clubes (Okun, Pugliese y Rook, 2007). Incluso cuando llegan a tener deterioro cognitivo o depresión, las personas mayores descritas como extrovertidos no se retiran de las relaciones sociales y siguen implicándose más en actividades de grupo e interaccionado con los demás (Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens y Lynch, 2008; Kolanowski y Richards, 2002).

Con respecto a la relación entre la extraversión y la calidad de las relaciones sociales en la vejez no hay acuerdo en la escasa literatura existente. Algunos estudios realizados con personas mayores ponen de manifiesto que, a pesar de que la extraversión se asocie a una red social más amplia, este rasgo de personalidad no predice la cercanía con las relaciones sociales y el apoyo emocional (Lang et al., 1998; Lincoln et al., 2003).

Por otro lado, algunos estudios (e.g. Krause et al., 1990) encontraron que este rasgo de personalidad se asociaba a un mayor número de contactos sociales, y a su vez, tener un mayor número de interacciones sociales se asociaban a un mayor apoyo emocional.

Si tenemos en cuenta los resultados de los estudios realizados con otros grupos de edad que presentamos anteriormente, lo razonable sería esperar que en la vejez la extraversión también se asocie a las relaciones sociales de calidad. Además, si recordamos los supuestos de *teoría de la selectividad socioemocional* (Carstensen, 1990) que presentamos en el capítulo 1, en la vejez, debido a la percepción del tiempo como limitado, hay una tendencia a seleccionar aquellas relaciones sociales cercanas, que proporcionan apoyo social.

Por otro lado, tal y como veremos en la sección sobre relaciones sociales y satisfacción vital, el apoyo social es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción con la vida (Felmlee y Muraco, 2009; Kang et al., 2003). Además se ha visto que el apoyo social explica, al menos en parte, la relación entre extraversión y emocionalidad positiva y entre extraversión y percepción del estrés (Finch y Graziano, 2001; Lucas et al., 2008; Swickert et al., 2002).

Con respecto a la relación entre extraversión y satisfacción vital Tkach y Lyubomirsky (2006) estudiaron las estrategias utilizados por estudiantes universitarios para mantener su satisfacción vital y encontraron que los extrovertidos utilizaban estrategias como pasar tiempo con amigos y buscar apoyo social de los amigos. Recientemente, Zhu et al. (2013) estudiaron si las relaciones sociales mediaban la relación entre personalidad y satisfacción vital en estudiantes universitarios de primer curso y encontraron que la extensión de la red y la proporción de nuevos contactos sociales mediaban la asociación entre extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y satisfacción vital, aunque la cercanía emocional no mediaba las asociación entre estos rasgos de personalidad y la satisfacción con la vida.

3.5.3.2. El optimismo disposicional y la satisfacción vital

Otro rasgo de personalidad relevante para la satisfacción vital de las personas mayores es el optimismo-pesimismo. Existen diferentes conceptualizaciones del optimismo-pesimismo en la literatura.

Aunque se hable de optimismo-pesimismo disposicional, optimismo-pesimismo como estilo atributivo, optimismo-pesimismo como sesgo recurrente o ilusión, optimismo ingenuo o pesimismo defensivo, la perspectiva más aceptada y más cercana a la concepción popular del optimismo es la del optimismo disposicional (R. Chang, Chang, Sanna y Hatcher, 2008; Isaacowitz, 2005).

El optimismo disposicional pertenece al ámbito más general de las expectativas y está enmarcado dentro de las teorías de motivación expectativa-valor (Carver, Scheier y Segerstrom, 2010). Concretamente el optimismo es una característica estable de naturaleza cognitiva (Carver y Scheier, 2014) que se define como una expectativa positiva general del futuro, o sea, la esperanza de que en el futuro ocurran más cosas buenas que malas (Baldwin, Jackson, Okof y Cannon, 2011; Carver et al., 2010; Scheier y Carver 1992).

El optimismo-pesimismo como estilo atributivo se define como la tendencia a creer que las circunstancias negativas son pasajeras, específicas a la situación concreta que se está viviendo, mientras que las circunstancias y eventos positivos se interpretan como estables en el tiempo y en múltiples dominios de la vida (Peterson y Steen, 2002; Scheier y Carver, 1992).

Aunque tanto el optimismo-pesimismo disposicional como el optimismo-pesimismo como estilo atributivo son perspectivas cognitivas que se centran en el impacto que tienen las interpretaciones subjetivas en las experiencias de los individuos, cómo afrontan las dificultades y sus expectativas (Carver y Scheier, 2002; Carver et al., 2010), la distinción entre estos dos constructos es clara, ya que su definición contempla diferentes procesos, tienen diferentes antecedentes teóricos así como diferentes

características e implicaciones (Carver y Scheier, 2002; Scheier y Carver, 1992; Isaacowitz, 2005).

El concepto de optimismo-pesimismo disposicional se ha desarrollado en el contexto de la teoría de la motivación expectativa-valor, siendo el concepto expectativa central (Carver et al., 2010; Scheier y Carver, 1992). Mientras tanto el constructo de estilo atributivo optimista o pesimista se desarrolló a partir de la teoría del estilo atributivo y considera las expectativas como el resultado de extrapolar explicaciones de los eventos pasados a las circunstancias que están por venir (Peterson y Steen, 2002). Por tanto, el optimismo-pesimismo disposicional se centra directamente en las expectativas mientras que el estilo explicativo optimista o pesimista las deduce indirectamente (Carver et al., 2010). Es más, mientras que el optimismo-pesimismo disposicional es una expectativa general amplia, el estilo explicativo optimista o pesimista hace referencia a un dominio específico (Isaacowitz, 2005).

Otros autores como Dember, Martin, Hummer, Howe y Melton (1989) hablan de optimismo-pesimismo como la tendencia de percibir y esperar cosas positivas en general, tanto en el presente como en el futuro. Por otro lado también se ha planteado la existencia del optimismo-pesimismo como sesgo recurrente, definido como la ilusión del individuo de percibir que, en comparación con sus iguales, en el futuro va a experimentar un mayor número de eventos positivos (Taylor y Brown, 1988). El optimismo ingenuo, en cambio, hace referencia a la tendencia de subestimar la probabilidad de experimentar eventos negativos mientras que el pesimismo poco realista implica sobreestimar dicho riesgo (Carver y Scheier, 2014; Dolinski, Gromski y Zawisza, 1987; Weinstein y Klein, 1996). Por último, el pesimismo defensivo es una estrategia específica que supone tener bajas expectativas de éxito ante situaciones relacionadas con la búsqueda de logro (Canto y Norem, 1989). Se trata, tal y como apuntan Canor y Norem, de una solución ante la ansiedad que se experimenta ante ese tipo de situaciones. Así, tal y como indican estos autores, las personas que puntúan alto en pesimismo defensivo tratan de evitar que se cumpla la expectativa negativa planificando y anticipándose a dichas situaciones.

Asimismo el constructo optimismo disposicional se distingue de otros términos similares como la autoeficacia, la esperanza, la desesperanza, o el neuroticismo (Chang et al., 2008; Steed, 2001, 2002). La autoeficacia, que es la expectativa que tenemos las personas de ser capaces o incapaces de llevar a cabo una tarea relevante, es específica para cada situación y para un momento determinado.

En cambio el optimismo-pesimismo disposicional es una expectativa futura generalizada que no varía con el tiempo o según la situación (Carver y Scheier, 2014; Sanjuán y Magallanes, 2006). Además, la diferencia entre optimismo disposicional y autoeficacia reside en el hecho de que el optimismo es independiente de los factores que lo determinan, mientras que la autoeficacia depende de la situación concreta a la que hace referencia (Carver y Scheier, 2014).

Aunque este generalmente aceptado que el optimismo-pesimismo es un constructo independiente, a finales de los años ochenta y principio de los noventa algunos autores planteaban que esta variable es redundante y constituyen otras características más de la extraversión y del neuroticismo (p.ej. Boland y Cappeliez, 1997; Smith, Pope, Rhodewalt y Poulton, 1989). Sin embargo, aunque se sepa que optimismo-pesimismo se relaciona con diferentes rasgos de personalidad (Sharpe, Martin y Roth, 2011), hay una mayor evidencia científica a favor de la validez discriminante de este concepto (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig y Vickers, 1992; Mehrabian y Ljunggren, 1997; Mroczek, Spiro, Aldwin, Ozer y Bosse, 1993). Mroczek et al. (1993) por ejemplo, encontraron que la extraversión y el neuroticismo atenuaban la influencia del optimismo y del pesimismo pero no lo eliminaban por completo. Tal y como concluyen Sharpe et al. (2011), el optimismo no es un mero reflejo de una puntuación alta en extraversión y una baja en neuroticismo.

El constructo optimismo también es diferente de las expectativas futuras que miden la probabilidad de que ocurran eventos futuros positivos y negativos específicos (Andersen, 1990). En un estudio que tenía como objetivo determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Eventos Futuros, Wichman, Reich y Weary (2006) encontraron que la varianza compartida por los instrumentos que mide optimismo y eventos futuros no llegaban al 25% y concluyeron que los dos instrumentos miden

conceptos diferentes. Además, estos autores destacan que, cada uno de los instrumentos predice de manera diferente aspectos como la autoestima o la depresión.

Por otro lado, otros constructos como esperanza o desesperanza también se distinguen del optimismo-pesimismo disposicional. En la literatura sobre psicología positiva la esperanza hace referencia a las expectativas que tenemos las personas de alcanzar las metas planteadas (Snyder, 1995).

La esperanza está formada por la motivación o energía que permite dirigirse hacia la consecución de las metas propuestas y por la capacidad de generar vías para alcanzar dichas metas (Peterson, 2000; Steed, 2002). El término desesperanza hace referencia a las expectativas futuras negativas sobre uno mismo y sobre el futuro (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974).

Otra cuestión a tratar es la falta de acuerdo con respecto la relación entre optimismo y pesimismo. Algunos autores consideran que los dos constructos representan los dos extremos de la misma dimensión (Scheier et al., 1989; Scheier, Carver y Bridges, 1994; Rauch, Schweizer y Moosbrugger, 2007) mientras que otros plantean que se trata de dos constructos independientes (Chico y Ferrando, 2008; Ferrando, Chico y Tous, 2002; Herzberg y Glaesmer, 2006; Lyrakos, Damigos, Mavreas Georgia y Dimoliatis, 2010; Mroczek et al., 1993).

Dado que no hay acuerdo con respecto a esta cuestión, en el presente trabajo consideramos el optimismo y el pesimismo los dos extremo de un mismo continuo, tal y como fue inicialmente planteado (Scheier et al., 1989). Adoptamos esta postura también para evitar excesivas complicaciones teóricas (Carver et al., 2010). Asimismo, ya que este trabajo se centra en los factores protectores del bienestar en la vejez a partir de ahora en adelante solo haremos referencia al optimismo.

El optimismo promueve la salud física y psicológica y contribuye al envejecimiento saludable y a la calidad de vida (Bowling y Iliffe, 2011; Bowling, Banister, Sutton, Evans y Windsor, 2002; Carver et al., 2010; Kostka y Jachimowicz, 2010; Luger, Cotter y Sherman, 2009; Steptoe et al., 2006). Por ejemplo, se ha encontrado que el optimismo está asociado a una mejor adaptación y recuperación después de una enfermedad, a una progresión más lenta de las enfermedades crónicas, o a una menor probabilidad de re-hospitalización después de una cirugía mayor (Allison,

Guichard, Fung y Gilain, 2003; Johnson, 2002; Kubzansky, Wright, Cohen, Weiss, Rosner y Sparrow, 2002; Milam, Richardson, Marks, Kemper y McCutchan, 2004; Scheier et al., 1989).

Al mismo tiempo, el optimismo constituye un importante predictor de los estilos de vida saludables (Schöllgen et al., 2011). Los optimistas tienen menos hábitos tóxicos y más hábitos saludables, consumen menos alcohol, fuman menos, realizan actividad física regularmente y tienen una dieta saludable (Aspinwall y Brunhart, 1996; Brydon, Walker, Wawrzyniak Chart y Steptoe, 2009; Johnson, 2002; Kubzansky et al., 2002; Steptoe et al., 2006).

Del mismo modo, dado que el optimismo se asocia a tendencias cognitivas y comportamentales adaptativas, también está relacionado con un funcionamiento psicológico saludable, es decir con la regulación emocional, con el afrontamiento adaptativo y con el bienestar (Carver et al., 2010). Se ha encontrado que en general los optimistas tienen un mejor estado de ánimo y experimentan más emociones positivas, no están deprimidos y experimentan menos emociones negativas que los pesimistas (Carver, et. al. 2010; E. Chang y Sanna, 2001; Quine, Morrell y Kendig, 2008; Vickers y Vogeltanz, 2000). Los optimistas informan de sentir alegría, entusiasmo y confianza con más frecuencia, mientras que los pesimistas indican experimentar más miedos y desesperanza (Marrero y Carballeira, 2010; Quine et al., 2008).

En relación al optimismo y al manejo del estrés, se ha demostrado que, por un lado los optimistas experimentan menos estrés que los pesimistas, y por otro, que utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas tales como el humor o la búsqueda de apoyo social (Baldwin et al., 2011; Brissette, Scheier y Carver, 2002; Scheier y Carver 1992). Los optimistas son, además, más eficaces a la hora de manejar las situaciones estresantes probablemente porque usan estrategias activas, centradas en el problema (Carver et al., 2010; Scheier y Carver, 1992). Además, cuando las circunstancias estresantes no pueden ser controladas, los optimistas no las evitan, sino que tienden a buscar una interpretación positiva de dichas circunstancias para facilitar su aceptación (Scheier y Carver, 1992).

El optimismo es también muy importante para contrarrestar el efecto negativo de diferentes circunstancias estresantes propias de la vejez, como por ejemplo el deterioro de la salud, la viudez, el estrés derivado de un bajo estatus socioeconómico o el cuidado de personas dependientes (Duke et al., 2002; Fry, 2001; Hooker, Monahan, Bowman, Frazier y Shifren, 1998; Minton, Hertzog, Barron, French, Reiter-Palmon, 2009; O'Rourke, 2004; Schöllgen et al., 2011). A pesar de la viudez, una de las situaciones más estresantes y sobre las cual las personas mayores no pueden tener control, una vez pasada la fase de adaptación, los optimistas muestran una mayor satisfacción con la vida que los menos optimistas y consiguen pasar el primer aniversario sin grandes dificultades (Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004).

De manera similar, Duke et al. (2002) encontraron que las expectativas optimistas promovían el afrontamiento de la adaptación ante enfermedades crónicas. En el estudio de Duke y colaboradores los mayores diagnosticados con una enfermedad crónica que puntuaban alto en optimismo se acomodaban a su nueva situación y reemplazaban las actividades que no podían realizar por aquellas que todavía podían llevar a cabo. Según Duke et al. (2002) el optimismo se asocia con una mayor perseverancia en la adquisición de las metas y con la sensación de tener control sobre los acontecimientos, mientras que el pesimismo se relaciona con la propensión de abandonar las metas (Wengler y Rosén, 1995). Estos dos aspectos podrían explicar cómo los optimistas consiguen mantener cierto grado de actividad incluso después de ser diagnosticado con una enfermedad crónica.

Pero el optimismo no solo se relaciona con la tasa de actividad en personas mayores con problemas de salud, también se asocia con la participación activa en mayores sanos o sin dificultades de salud importantes. Heo y Lee (2010), por ejemplo, encontraron que, junto con el estado percibido de salud, el optimismo llegaba a explicar hasta el 15% de la varianza en satisfacción vital de un grupo de mayores que participaban en competiciones deportivas.

En su conjunto los resultados de las investigaciones previas ponen de manifiesto que el optimismo es un rasgo beneficioso (M. Caprara, 2008) y por ello creemos razonable considerar el optimismo como un importante predictor de la satisfacción vital en la vejez.

Cacioppo et al. (2008), encontraron que al introducir el optimismo en el modelo de regresión, los diferentes rasgos de personalidad del *modelo de los cinco grandes* que habían tenido en cuenta en dicho análisis dejaban de predecir la felicidad.

El optimismo ha recibido menos atención en la literatura gerontológica en comparación con otras variables (Isaacowitz, 2005; Steptoe et al., 2006), y muy particularmente ha sido estudiado en menor medida en personas mayores sin deterioro de la salud (E. Chang, 2002). En general se han encontrado asociaciones positivas entre el optimismo y la salud mental o el bienestar de los mayores (Baldwin et al., 2011; Heo y Lee, 2010; Ju, Shin, Kim, Hyun y Park, 2013; Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004). El optimismo explica entre el 15 y 41% de la varianza en bienestar subjetivo dependiendo del estudio (Heo y Lee, 2010; González Herero y Extremera, 2010).

La asociación entre optimismo y satisfacción vital no llega a comprenderse del todo (Daukantaitė y Zukauskienė, 2012). En un intento de explicar el impacto que tiene el optimismo en la satisfacción vital, algunos estudios se han centrado en los posibles mediadores (González Herero y Extremera, 2010; Karademas, 2006; Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley y Baum, 2001). Se han propuesto y estudiado varios mecanismos explicativos, como por ejemplo el afrontamiento o las creencias de control sobre el entorno, no obstante estos mediadores explican solo una parte la influencia del optimismo en la satisfacción con la vida (Benyamini, 2005; González Herero y Extremera, 2010; Ju et al. 2013; Sherman y Cotter, 2013).

González Herero y Extremera (2010) estudiaron el papel mediador de la actividad diaria y encontraron que solo la actividad social mediaba en parte la relación entre optimismo y bienestar subjetivo. Así, las personas que tienen expectativas futuras positivas participan más en actividades sociales, las cuales, a su vez, promocionan la satisfacción vital. De modo similar Quine et al. (2008) encontraron que la inactividad social se asociaba a expectativas futuras negativas. Estos últimos estudios demuestran que algunos aspectos de las relaciones sociales podrían explicar el efecto que el optimismo tiene en el bienestar.

Por ello consideramos que sería interesante explorar el posible papel mediador de algunas variables que miden diferentes aspectos de las relaciones sociales. A continuación describiremos los hallazgos sobre optimismo y relaciones sociales y aportaremos evidencia sobre el posible papel mediador de las relaciones sociales.

3.5.3.2.1. Las relaciones sociales como explicación de la asociación entre optimismo y satisfacción vital

Aunque el impacto que tiene optimismo en las relaciones sociales sea un tema de investigación bastante reciente, la evidencia acumulada hasta ahora pone de manifiesto que a los optimistas les va igual de bien en el ámbito de las relaciones sociales como en la consecución de metas (Carver y Scheier, 2014).

Las personas que puntúan alto en optimismo tienen buenas habilidades sociales, lo que les permite establecer nuevas relaciones sociales con facilidad y mantener las que ya tienen (Geers, Reilly y Dember, 1998; Norem y Chang, 2002). Por otro lado, los optimistas son considerados interlocutores atractivos por las personas con las que interactúan (Brissette et al., 2002). Puede que por estas razones los optimistas suelen tener redes sociales más amplias, y particularmente más amigos que los pesimistas (Dougall et al., 2001; Norem y Chang, 2002).

Los optimistas suelen desarrollar relaciones sociales caracterizadas por una baja conflictividad y, cuando llegan a tener conflictos interpersonales, suelen mostrarse más habilidosos a la hora de resolverlos (Carver et al., 2010; Sumi, 2006). Además, los optimistas suelen establecer interacciones sociales armoniosas y positivas que están generalmente basadas en la reciprocidad (Leung, Moneta y McBride-Chang; Luger et al. 2009; Sumi, 2006). Asimismo las personas que puntúan alto en optimismo suelen sentirse más satisfechos con sus relaciones sociales y afirman recibir más apoyo social que los pesimistas (Carver et al. 2010; Dougall et al. 2001; Scheier y Carver, 1992; Schöllgen et al., 2011; Srivastava, McGonigal, Richards, Butler y Gross, 2006; Sumi, 2006; Vollmann, Antoniw, Hartung y Renner, 2011). Más precisamente el optimismo promueve el apoyo emocional y el tangible (Karademas, 2006; Schöllgen et al. 2011).

Además el optimismo influye las experiencias emocionales relacionados con el contacto social (Carver y Scheier, 2014) como por ejemplo la soledad (Ben-Zur, 2012; Rius-Ottenheim et al., 2012).

De todas variables que miden relaciones sociales solo el apoyo social ha sido estudiado como mediador en la relación entre optimismo y satisfacción con la vida en pocos estudios (Dougall et al., 2001; Luger, et al., 2009).

Dougall et al. (2001) encontraron que el optimismo se asociaba a un mayor número de amigos y un mayor apoyo social el cual explicaba por qué los optimistas estaban más satisfechos con sus vidas. En otro estudio realizado con personas mayores diagnosticadas con artritis, Luger et al. (2009) encontraron que el pesimismo se relacionaba con el apoyo social de manera negativa y de manera positiva con el estrés social, lo que a su vez afectaba la satisfacción vital. Posteriormente, al analizar los datos en un seguimiento longitudinal de esa muestra, Luger et al. (2009) sólo encontraron un efecto indirecto del pesimismo en la satisfacción vital explicado por el apoyo social percibido medida un año antes. No obstante no todos los estudios confirmaron el papel mediador del apoyo social en la relación entre optimismo y satisfacción con la vida, Karademas (2006) encontró que era el optimismo el que explicaba en parte el efecto que tenía el apoyo social en la satisfacción vital y afirma que las expectativas futuras positivas podrían ser una consecuencia más de las interacciones sociales diarias que proporcionan apoyo emocional.

A pesar de que el optimismo y las relaciones sociales estén asociadas y ambas predigan la satisfacción vital, la relación entre estas dos variables no ha sido estudiada en profundidad (Marrero y Carballeira, 2010). Karademas (2006) afirma que clarificar cómo se asocian las relaciones sociales con las expectativas de futuras es de gran importancia y permitiría comprender los procesos subyacentes del bienestar.

Para concluir volvemos a resaltar la importancia de las características de personalidad para el mantenimiento del bienestar en la vejez y para el proceso de envejecimiento en general (Ardelt, 1997; Steel et al., 2008; Versey et al., 2013) y resaltamos la importancia de los rasgos que operan para determinar perfiles de envejecimiento ventajosos.

Debido a ello y al enfoque centrado en los recursos psicosociales que promueven la satisfacción vital que adoptamos en la presente tesis doctoral no hemos hecho referencia a rasgos de personalidad como por ejemplo el neuroticismo que, tal como afirmábamos anteriormente, también es uno de los predictores más fuertes del bienestar.

3.5.4. Los recursos sociales

Otra perspectiva en el estudio de la satisfacción con la vida es la que se centra en los recursos sociales o en las relaciones sociales. Cuando hablamos de relaciones sociales hacemos referencia al “tejido de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipo de interacciones que se producen” (Otero et al., 2006, p.11). Según el *modelo del convoy o de la caravana social* (Antonucci, Birditt y Akiyama, 2009; Kahn y Antonucci, 1980) a lo largo de nuestras vidas, las personas nos movemos dentro de un grupo de personas con las cuales establecemos interacciones sociales e intercambiamos apoyo.

El término relaciones sociales se distingue de otros conceptos afines, tales como *cohesión social* o *capital social*. Estos últimos conceptos miden aspectos como la reciprocidad, la confianza y la solidaridad que se establecen entre los miembros de un grupo determinado, el grado de conflictividad y el desarrollo de la sociedad y de las instituciones que gestionan los conflictos; por tanto estos dos términos hacen referencia a características de un grupo social en su conjunto, mientras que las relaciones sociales se establecen entre individuos concretos y a un nivel inter-individual (Otero et al., 2006).

Siguiendo el *modelo del convoy o de la caravana social* (Antonucci et al., 2009; Kahn y Antonucci, 1980) distinguimos por un lado entre los aspectos estructurales de las relaciones sociales, tales como la composición, la extensión, la proximidad hacia los miembros de la red, la frecuencia de contacto, el estado civil y la participación en organizaciones y actividades sociales, y por otro los elementos funcionales, es decir el

apoyo social percibido, el sentimiento de acompañamiento y la conflictividad percibida en las relaciones sociales (Fiori, Smith y Antonucci, 2007; Mejía y Hooker, 2013).

La composición de la red hace referencia al tipo de relaciones que engloban la red social de un individuo. Así pueden existir diferentes tipos de redes sociales: redes diversas que incluyen familiares, amigos, vecinos y conocidos, redes sociales mayoritariamente familiares, redes formadas en gran medida por amigos y redes formadas por vecinos (Fiori, Antonucci y Cortina, 2006; Litwin, 2001).

El apoyo social percibido hace referencia a la ayuda material, información y consejos, empatía y manifestaciones de afecto que la persona considera que su red social le proporcionaría en caso de necesitarlo (Pinazo, 2006; Sherbourne y Stewart, 1991). El apoyo social se puede categorizar en función de la fuente que la proporciona o en función del tipo de ayuda que se proporciona.

Si tenemos en cuenta la fuente que proporciona apoyo podríamos hablar de apoyo formal y apoyo informal. El apoyo formal se refiere a la ayuda y servicios de tipo asistencial, como por ejemplo teleasistencia, ayuda a domicilio, cuidados en residencias y unidades de estancia diurna, proporcionados por diferentes instituciones y asociaciones (Pinazo, 2006).

Con respecto al apoyo informal, aunque no exista acuerdo en la literatura con respecto a los diferentes tipos de apoyo social existentes, generalmente se distingue entre apoyo tangible, instrumental o material; apoyo emocional o afectivo y apoyo informacional (Otero et al., 2006; Pinazo, 2006). Pinazo (2006) define el apoyo material como la provisión de ayuda directa, como por ejemplo ayuda con las tareas domésticas o con las compras. El apoyo emocional se define como la expresión de emociones positivas y comprensión empática (Sherbourne y Stewart, 1991). El apoyo informacional se refiere a los consejos e información relevante para la resolución de problemas y situaciones estresantes (Pinazo, 2006). Pinazo (2006) destaca que el apoyo emocional y el apoyo informacional se pueden interpretar como un mismo tipo de apoyo. En relación a ello, Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005), en la validación española de uno de los instrumentos más utilizados que mide apoyo social, encontraron que el apoyo emocional y el apoyo informacional conformaban un único factor.

Dado que las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar a lo largo del ciclo vital, su influencia ha sido ampliamente estudiada en la vejez (Litwin y Shiovitz-Ezra, 2006; Sparks, Zehr y Painer, 2004; Zarit, 2009).

Aunque también es posible que el bienestar o la felicidad determinen la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias y que proporcionan apoyo (Cacioppo et al., 2008; Diener y Seligman, 2002; Lyubomirsky, King y Diener, 2005), en este trabajo asumimos que son las relaciones sociales las que determinan la valoración que hacemos de nuestras vidas. Para asumir esta postura nos basamos principalmente en los resultados de algunos estudios longitudinales recientes (e.g. Berg et al., 2009; Hsu, 2012) que ponen de manifiesto que las relaciones sociales medidas al establecer la línea base de dichos estudios predicen la puntuación en satisfacción vital recogida en oleadas posteriores de estos estudios. Asimismo nos apoyamos en la *teoría de la autodeterminación* (Ryan y Deci, 2001) que plantea que los seres humanos tenemos una necesidad básica de relacionarnos con las personas que nos rodean. Esta necesidad, denominada la necesidad de afiliación (Baumeister y Leary, 1995), es una motivación intrínseca y constituye una de las metas más reforzantes que nos proponemos alcanzar los seres humanos (Baumeister y Leary, 1995; M.L. Diener y Diener McGavran, 2008). Para satisfacer esta necesidad nos involucramos en la actividad y en la interacción social (Oerlemans, Bakker y Veenhoven, 2011). Al estar implicados en la interacción social nos sentimos valiosos, necesitados y percibimos que nuestras vidas tienen sentido; si además recibimos apoyo social a través de estas interacciones, nos sentimos queridos y cuidados, aspectos que nos protegen de las experiencias emocionales desagradables como son la depresión o la soledad (Chen y Feeley, 2014; Charles y Carstensen, 2010; Hsu y Tung, 2010; Krause, 2007).

Cuando las relaciones sociales constituyen una importante fuente de apoyo son esenciales para determinar la salud física y mental y el bienestar (Acock y Hurlbert, 1993; M. Caprara, 2008; Lezwijn et al., 2011; Millan-Calenti, Sanchez, Lorenzo, Cao y Maseda, 2013; Pinazo, 2006; Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989b; Sparks et al., 2004). Ante las circunstancias adversas las relaciones sociales actúan como amortiguadores y

facilitan la resiliencia (M.L. Diener y Diener McGavran, 2008; Fuller-Iglesias et al., 2008).

Por ejemplo, en contextos con niveles socioeconómicos bajos, no recibir apoyo social tangible se asocia con depresión y con valoraciones negativas del estado propio de salud (Surkan, O'Donnell, Berkman y Peterson, 2009).

Disponer de suficiente apoyo social cuando se afrontan enfermedades se asocia a una menor probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva, mientras que tener pocas interacciones sociales y no estar satisfecho con las relaciones sociales se asocia con deterioro cognitivo y con la depresión (Hsu y Tung, 2010; Millan-Calenti et al., 2013).

Tanto los investigadores como las personas mayores han identificado las relaciones sociales como la condición más importante para el bienestar y para el envejecimiento exitoso (von Faber et al., 2001; Warner, Doble y Hutchinson, 2012). Muchos estudios corroboran la asociación positiva entre satisfacción con la vida y las relaciones sociales (e.g. Chan y Lee, 2006; Hsu y Tung, 2010; Keyes, Michalec, Kobau y Zahran, 2005; Lowenstein y Katz, 2005). En algunos estudios se ha encontrado incluso que el impacto que tienen las relaciones sociales en el bienestar es mayor que la influencia de la personalidad. Al analizar transversalmente los datos del *CHARS*, Cacioppo et al. (2008) encontraron que, al introducir en el modelo de regresión la satisfacción con las relaciones sociales y la autoestima, todas las variables de personalidad dejaban de predecir la felicidad.

Los estudios sobre la influencia de las relaciones sociales en el bienestar enfatizan la relevancia de los aspectos subjetivos como son la satisfacción con la red social, la satisfacción con la frecuencia de contacto o el apoyo social percibido (e.g. Berg et al., 2006; Cacioppo et al., 2008; Demir y Weitekamp, 2007; Fuller-Iglesias et al., 2008; Litwin y Shiovitz-Ezra, 2006; Pinquart y Sörensen, 2000). Chan y Lee (2006) encontraron que, mientras el tamaño de la red explicaba solo un 2% adicional de la varianza en bienestar subjetivo, el apoyo social percibido llegaba a explicar hasta un 11% de la varianza en bienestar. Chen y Feeley (2014) encontraron que diferentes

fuentes de apoyo y de estrés interpersonal, junto con la soledad, explicaban el 28% de la varianza en la satisfacción con la vida.

Estudios realizados en el contexto español también han demostrado que las relaciones sociales constituyen un importante determinante del envejecimiento saludable, la longevidad, la salud física y mental y del bienestar de la población mayor española (Buz, Mayoral, Bueno y Vega, 2004; Molina Sena y Meléndez Moral, 2007; Otero et al., 2006; Zunzunegui et al., 2001).

Concretamente en el estudio longitudinal de Leganés, Otero et al. (2006) encontraron que las redes sociales favorecen el mantenimiento de la independencia funcional. Diferentes aspectos tales como el apoyo social, la satisfacción con la familia y con otras relaciones sociales, la participación social o la integración social predicen el estado de ánimo, el balance afectivo, la satisfacción vital y el funcionamiento cognitivo (Buz et al., 2004; Godoy-Izquierdo et al., 2013; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser y Otero, 2003; Zunzunegui et al., 2001).

A pesar de la extensa evidencia científica sobre los beneficios de las relaciones sociales, también existen investigaciones que han mostrado que recibir algunos tipos de apoyo social se relaciona con una disminución del bienestar, o que las relaciones sociales son menos importantes para la predicción del bienestar de las personas que la salud, autonomía o el nivel de ingresos (Fernández-Ballesteros, 2002; Silverstein, Chen y Heller, 1996; Thomas, 2010). Particularmente el apoyo tangible percibido se asocia de manera positiva con la depresión y muy especialmente cuando las personas mayores se encuentran en situación de dependencia durante periodos de tiempo prolongados (Reinhardt, Boerner y Horowitz, 2006; Zunzunegui et al., 2001).

Las relaciones sociales se establecen en muchos contextos de nuestras vidas y adoptan diferentes formas (M. L. Diener y Diener McGavran, 2008), no obstante en el presente trabajo nos centramos en los vínculos cercanos. Si categorizamos las relaciones sociales en función del parentesco podemos distinguir entre relaciones con la familia y con los amigos. A continuación describiremos la evidencia científica sobre las relaciones con la familia y con los amigos y su asociación con la satisfacción vital en la vejez.

3.5.4.1. Las relaciones con la familia

La familia constituye uno de los contextos más importantes en cuál ocurre el desarrollo humano, siendo una estructura social de gran importancia (Ajrouch, 2008; Antonucci, 2008; Katz, 2009). Las relaciones que se dan entre los miembros de una familia pueden determinar el afrontamiento de eventos vitales, reduciendo o aumentando el efecto de dichos acontecimientos en el bienestar de las personas (Katz, 2009).

La familia puede ser vista como una especie de capital social y un recurso clave que brinda ayuda, consejo y consuelo (Ajrouch, 2008). Como consecuencia el apoyo proporcionado por la familia es fundamental para el bienestar (Glaser, Tomassini y Stuchbury, 2008; Merz, Schuengel y Schulze, 2009).

En la vejez el apoyo social proporcionado por la familia llega a ser especialmente relevante en la predicción de la satisfacción vital cuando la persona mayor requiere ayuda externa y asistencia debido al deterioro de la salud, evitando o retrasando la institucionalización de la persona mayor dependiente (Kim y Sok, 2012; Pinazo, 2006). La ayuda que la familia proporciona a los miembros mayores se rige por normas sociales claras que definen los roles familiares y los intercambios de apoyo que se pueden dar entre los distintos miembros de la familia (Thomas, 2010). Así, en algunos contextos culturales se espera que la familia asuma la responsabilidad del cuidado de una persona mayor (Muranco y Fredriksen-Goldsen, 2011). La ayuda que la persona mayor recibe de la familia podrían ser vista como un gesto recíproco ante el cuidado recibido en el pasado, un mecanismo de compensación llamado norma de reciprocidad (Pinazo, 2006; Tomassini, Glaser y Stuchbury, 2007).

Por tanto las relación entre padres e hijos se basan en el compromiso de interdependencia, o en la solidaridad intergeneracional (Pinazo, 2006). Actualmente la solidaridad intergeneracional ocurre en doble sentido, por un lado las personas mayores se implican en el cuidado de los nietos y proporciona ayuda material de diversas índole, facilitando que los hijos puedan llevar a cabo sus actividades profesionales (López Doblas y Díaz Conde, 2007), y por otro los hijos proporcionan apoyo a las padres mayores cuando requieren cuidados.

En la familia existen diferentes roles y tipos de relaciones, así podemos hablar de relaciones de pareja, relaciones entre padres e hijos o relaciones entre hermanos (M.L. Diener y Diener McGavran, 2008). De todos los miembros de la familia, la pareja y los hijos son las fuentes de apoyo más importantes, aunque también se han hallado efectos beneficiosos de las relaciones con los nietos adolescentes (Lou, 2010).

La relación con la pareja constituye el lazo interpersonal más importante que influye el bienestar y este efecto se mantiene incluso cuando se controla la calidad de la relación con la pareja (Chen y Feeley, 2014; M.L. Diener y Diener McGavran, 2008; Fuller-Iglesias et al., 2008; Taylor et al., 2001). El grado de intimidad de la relación con la pareja predice el estado emocional y la autoestima y modera los efectos perjudiciales del deterioro funcional (Mancini y Bonanno, 2006). Así un alto grado de intimidad se asocia a un bajo nivel de depresión y ansiedad y una alta autoestima mientras que recibir apoyo por parte de la pareja reduce la soledad y aumenta la satisfacción vital (Chen y Feeley, 2014; Fuller-Iglesias et al., 2008; Mancini y Bonanno, 2006). La pareja es también la principal fuente de apoyo cuando la persona mayor requiere ayuda, en cambio si la pareja es incapaz de proporcionar ayuda a la persona mayor, o cuando la persona mayor no tiene pareja, los hijos se convierten en la mayor fuente de apoyo (Navarro et al., 2008; Pinazo, 2006; Stuifbergen, van Delden y Dykstra, 2008). Tanto la pareja como los hijos proporcionan apoyo emocional, económico e instrumental reduciendo el impacto de la dependencia (M.L. Diener y Diener McGavran, 2008; Navarro et al., 2008; Otero et al., 2006; Pinazo, 2006).

En el conexto español, el estudio *Las personas mayores en España* realizando por IMSERSO pone de manifiesto que la pareja y los hijos son la principal fuente de apoyo tangible para los mayores españoles (IMSERSO, 2012) mientras que solo el 16% de las personas mayores reciben apoyo formal y menos del 10% reciben apoyo informal de los parientes, vecinos y amigos (Bazo, 2008; Navarro et al., 2008). Además, cuando tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria, las personas mayores españolas prefieren recibir cuidados de la familia y tienen fuertes expectativas de que sus hijos les cuiden (Fernández-Ballesteros, 2002; Zunzunegui et al., 2001).

Al comparar los datos de diferentes países europeos e Israel, Katz (2009) encontró que en España la tasa de la frecuencia de contacto, la proximidad geográfica y el intercambio de apoyo instrumental entre hijos y padres mayores eran altas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

El contacto social con la familia, con los amigos y con los conocidos es muy alto, más del 60 % de los mayores españoles ven diariamente a sus familiares y amigos y se sienten satisfechos en gran medida con sus relaciones sociales (Fernández-Ballesteros, 2002). No obstante, Katz (2009) encontró que, en comparación con Noruega, Alemania, Inglaterra e Israel, en España las relaciones entre los padres mayores y los hijos adultos se caracterizan en menor medida por la cercanía emocional y por similitud en la forma de pensar.

En otros contextos culturales, como Reino Unido, también se ha encontrado que el deterioro del estado de salud de la persona mayor se relaciona con la ayuda que los miembros de la familia le proporciona ayuda, especialmente en función de las necesidades de la persona mayor (Glaser et al., 2008). El apoyo proporcionado por los familiares es independiente de las características personales del mayor, aunque recibir ayuda depende en gran medida de las necesidades de la persona mayor (Glaser et al., 2008; Tomassini et al., 2007).

Las relaciones con la familia se asocian de manera significativa con la satisfacción vital de las personas mayores (Fernandez-Ballesteros et al., 2001; Guo, Aranda y Silverstein, 2009; Pinquart y Sörensen, 2000; Taylor et al., 2001; Thomas, 2010; Yunong, 2012). En el estudio de Yunong (2012) las relaciones con los hijos, el tamaño de la red de apoyo familiar, la satisfacción con el apoyo recibido de la familia, la armonía familiar y el apoyo y la discrepancia filial llegaban a explicar hasta el 36% de la varianza en la satisfacción con la vida de los mayores chinos. Lowenstein y Katz, (2005) encontraron que el apoyo emocional y el instrumental explicaban un 6% de la varianza en satisfacción de la vida de mayores israelíes. Del mismo modo, en el estudio de Katz (2009) la solidaridad intergeneracional operacionalizada a través de cercanía hacía los hijos y similitud en la forma de pensar, y el apoyo recibido de los hijos explicaba un 6% adicional de la satisfacción vital de mayores de tres países europeos e Israel. Taylor et al. (2001) encontraron que de todas las variables que medían las relaciones sociales, la cercanía hacia los miembros de la familia era el predictor más importante de la satisfacción vital y de la felicidad en mayores norteamericanos de color.

En el contexto cultural español, para más de la mitad de las personas mayores la relación con la familia es uno de los aspectos que más satisfacción les produce (IMSERSO, 2009). Un estudio reciente realizado con población mayor de la provincia de Granada pone de manifiesto que la satisfacción con la familia también predecía en gran medida la satisfacción vital (Godoy-Izquierdo et al., 2013).

Las relaciones con los hijos y el apoyo emocional proporcionado por la familia tienen un impacto beneficioso en la salud mental de los mayores previniendo la depresión (Otero, et al., 2006). Las personas mayores que reciben apoyo social emocional de los hijos y conviven con sus hijos presentan menos síntomas depresivos y un mejor estado de salud físico y mental. En cambio, recibir apoyo instrumental de los hijos se asociaban con una mayor puntuación en depresión y una peor valoración del estado propio de salud (Zunzunegui et al., 2001).

Por tanto parece que es el apoyo emocional el que tiene mayor impacto en la satisfacción vital de las personas mayores. Tiene sentido que así lo sea, ya que el apoyo emocional implica empatía, afecto y compromiso emocional con la relación (Merz et al., 2009).

Pero las relaciones sociales no siempre tienen un efecto positivo (M.L. Diener y Diener McGavran, 2008), hay algunas relaciones que son perjudiciales ya que se asocian con conflictos y estrés interpersonal (Chen y Feeley, 2014). En el contexto familiar también las interacciones con los diferentes miembros de la familia y con la pareja pueden llegar a tener un efecto negativo en el bienestar de las personas mayores. Esto se debe en parte a la naturaleza de las relaciones familiares y de las relaciones de pareja que se rigen por normas de obligatoriedad, lo que puede derivar en sentimientos contradictorios (Chen y Feeley, 2014).

Si las relaciones entre los hijos adultos y los padres mayores son ambivalentes o conflictivas, el bienestar de las personas mayores tiende a disminuir (Fingerman, Pitzer, Lefkowitz, Birditt, y Mroczek, 2008; Katz, 2009). Katz (2009) encontró que la ambivalencia se relacionaba negativamente con la satisfacción vital y positivamente con el afecto negativo; del mismo modo la conflictividad en las relaciones con los hijos se relacionaba negativamente con el afecto positivo y positivamente con el afecto negativo.

En el estudio de Katz (2009) ambas variables explicaban un 5% adicional de la varianza en afecto negativo. Este fenómeno suele ser más frecuente cuando la persona mayor es mujer y tiene problemas de salud (Fingerman et al., 2008). Por ejemplo, Whitbeck, Hoyt y Tyler (2001) encontraron que las tensiones en la relación con al menos uno de los hijos se asociaban positivamente con la depresión en mujeres mayores.

Del mismo modo M.L. Diener y Diener McGavran (2008) destacan que la baja calidad de relaciones con los hijos adultos se asocia con depresión y soledad y que la calidad de las relaciones con los hijos es un mejor predictor del bienestar que el rol de padre o madre *per se*.

Otra situación en la cual el bienestar se asocia negativamente con el apoyo recibido de los hijos adultos es cuando ese apoyo es más del que la persona mayor necesita. En este caso el apoyo puede ser visto como una consecuencia de la dependencia y si este apoyo implica proporcionar apoyo tangible puede desgastar la percepción de la persona mayor de que la vida tiene sentido (Krause, 2007; Silverstein et al., 1996).

3.5.4.2. Las relaciones con los amigos

Las relaciones de amistad hacen referencia a las interacciones de larga duración con personas con las que no se tienen vínculos familiares y con quienes se comparten intereses, valores y hacia cuales se tiene sentimientos de cercanía emocional (Wenger, 1990).

Las relaciones de amistad son, en muchos casos, complementarias a las relaciones con la familia y en los casos en los que se cuenta con un menor número de familiares, o las relaciones familiares son insatisfactorias, las relaciones de amistad son fundamentales (Pinazo, 2006).

Las relaciones con los amigos tienen una gran influencia en la salud y en el bienestar en todas las etapas vitales y especialmente en la vejez (Felmlee y Muraco, 2009; Fiori et al., 2006; Siebert, Mutram y Reitzes, 1999; Litwin, 2001; Taylor et al., 2001).

El efecto que tienen en el bienestar de las personas mayores es incluso mayor que el impacto de las relaciones con la familia (Cheng, Li, Leung y Chan, 2011; Lee y Ishi-Kuntz, 1987; Şener et al., 2008). Algunos autores explican este hallazgo a través de la diferente naturaleza de las relaciones familiares frente a las relaciones de amistad (Litwin, 2001; Wenger, 1990). Mientras que las relaciones con la familia, que son regidas por las normas y la obligatoriedad (Litwin, 2001), no se pueden elegir o finalizar libremente, las relaciones de amistad se eligen voluntariamente y de común acuerdo (Chen y Feeley, 2014; Lee y Shehan, 1989; Siebert, et al., 1999; Pinquart y Sörensen, 2000; Wrzus, Wagner y Neyer, 2012). Además las relaciones de amistad pueden ser finalizadas si resultan conflictivas, si no proporciona el apoyo esperado o si resultan insatisfactorias (Lee y Shehan, 1989; Pinquart y Sörensen, 2000). Al mismo tiempo las relaciones de amistad se basan en valores e intereses comunes y en la reciprocidad (Felmlee y Muraco, 2009; Pinazo, 2006; Stuifbergen et al., 2008; Wenger, 1990; Wrzus et al., 2012), aspectos que determinan la baja conflictividad de este tipo de relaciones.

Cuando las interacciones con los amigos son positivas satisfacen ciertas necesidades psicológicas, como por ejemplo la necesidad de intimidad (Diener y Fujita, 1995; Wrzus et al., 2012). Los amigos también contribuyen a la disminución del sentimiento de soledad y proporcionan apoyo emocional e instrumental (Chen y Feeley, 2014; Felmlee y Muraco, 2009; Litwin, 2001; Muranco y Fredriksen-Goldsen, 2011). Este apoyo recibido en el contexto de las relaciones con los amigos es además opcional ya que no viene regido por la obligatoriedad, además estos intercambios de apoyo son, en muchos casos mutuos, lo que contribuye a que la persona mayor se puede sentir reforzada y útil (Pinazo, 2006).

Además, se ha visto que las amistades favorecen la autoestima (Lee y Shehan, 1989) probablemente debido al fomento de roles e identidades positivas. En las interacciones con los amigos uno se siente valorado e importante, porque ser elegido como amigo supone tener ciertas cualidades deseable, como por ejemplo, ser atractivo (Lee y Shehan, 1989; Siebert, et al., 1999).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Todas estas peculiaridades de las relaciones con los amigos, a su vez, podrían explicar por qué algunos autores (Cheng et al, 2011; Lee y Ishi-Kuntz, 1987; Şener et al., 2008) consideran que las relaciones con los amigos tienen una mayor influencia en la satisfacción vital de las personas mayores.

A pesar de que las relaciones de amistad representen una importante dimensión de la experiencia de envejecer y tengan un efecto positivo en la vida de las personas mayores (Miche, Huxhold y Stevens, 2013), este tipo de lazos no han sido suficientemente estudiadas (Felmlee y Muraco, 2009; Şener et al., 2008).

Şener, et al (2008) destacan que la mayoría de los estudios sobre relaciones sociales en personas mayores se ha centrado especialmente en el papel del apoyo social proporcionado por la familia, mientras que las relaciones de amistad como fuente de apoyo han sido menos estudiadas y es por ello que consideramos importante aportar más evidencia científica al respecto.

Como conclusión, volvemos a destacar la importancia de las relaciones sociales para el bienestar subjetivo y especialmente la relevancia de los vínculos personales cercanos -pareja, hijos y amigos - los cuales representan la mayor fuente de satisfacción para las personas, siendo especialmente beneficiosos en la vejez cuando el tiempo se percibe como limitado (M.L. Diener y Diener McGavran, 2008; Mancini y Bonanno, 2006). No obstante, para que estas relaciones promuevan la satisfacción vital tienen que ser satisfactorias y emocionalmente significativas (Charles y Carstensen, 2010), ya que tal como lo destacábamos anteriormente, las relaciones insatisfactorias y conflictivas contribuyen a la disminución del bienestar.

Dado que el presente trabajo se centra en los recursos y en los factores protectores de los que disponen las personas para mantenerse satisfechas, no se abordan aquí el estrés interpersonal, la ambivalencia o el conflicto en las relaciones sociales. Asimismo hay evidencia reciente que ha puesto de manifiesto que el apoyo social es un predictor más fuerte del bienestar que el estrés interpersonal (Chen y Feeley, 2014).

3.5.5. La interrelación entre los rasgos de personalidad y las relaciones sociales y su papel conjunto en la predicción de la satisfacción vital de las personas mayores

Las relaciones sociales y los rasgos de personalidad están interconectados y se influyen mutuamente (Back et al., 2011; Carver et al., 2010; Cukrowicz et al., 2008; Luger et al., 2009). Asimismo, tal y como plateábamos anteriormente, ambos están relacionadas con el bienestar (Ferreira y Sherman, 2007; Luger et al., 2009; Zhu et al., 2013).

Aunque tanto las relaciones sociales como los rasgos de personalidad sean predictores importantes de muchos aspectos de las vidas de las personas, no existe mucha información sobre su acción conjunta en la vejez. En este apartado trataremos de aclarar de qué manera se relacionan estas variables en la vejez y cómo afecta el bienestar de las personas mayores su influencia conjunta.

Aunque por lo general se haya estudiado más la influencia de la personalidad en las relaciones sociales, también existe evidencia científica sobre el impacto de las relaciones sociales en la personalidad. Se ha hallado que la interacción social y el apoyo social refuerzan algunos rasgos de personalidad, tales como la responsabilidad y el optimismo y moderan los estados emocionales negativos que están asociados con el neuroticismo (Jopp y Rott, 2006; Karademas, 2006; Lodi-Smith y Roberts, 2012; Murray et al., 2007).

Por otro lado, las características de personalidad moldean las situaciones sociales y el apoyo percibido (Ozer y Benet-Martínez, 2006; Zhu et al., 2013), afectando de manera significativa la forma en la que éstas se establecen y se perciben (Antonucci et al., 2009; Luger et al., 2009). La personalidad explica las diferencias inter-individuales encontradas en la extensión y la satisfacción con la red social, en el apoyo social percibido y en la integración social (Cukrowicz et al., 2008; Lincoln, Taylor y Chatters, 2003; Lodi-Smith y Roberts, 2012).

Ciertas características de personalidad favorecer la interacción social mientras que otras la desanima (Lewis, Bates, Posthuma y Polderman, 2013). Por ejemplo los

individuos que puntúen bajo en amabilidad y extraversión y alto en neuroticismo tienden a ser antipáticos, hostiles o nerviosos en situaciones sociales y suelen establecer interacciones sociales conflictivas, mientras que los individuos que puntúan alto en extraversión, en amabilidad y en optimismo suelen provocar menos conflictos a la hora de relacionarse con los demás, probablemente porque tienen buenas habilidades sociales (Carver et al., 2010; Doeven-Eggens et al., 2008; Jensen-Campbell y Graziano, 2000; McNulty, 2008).

Todo esto podría contribuir al hecho de que las personas que puntúan alto en neuroticismo y los que puntúan bajo en amabilidad son percibidas por los demás como menos atractivas mientras que los extrovertidos y los optimistas, que se caracterizan por su positividad y por las expectativas positivas hacia el futuro, se convierten en interlocutores muy atractivos (Carver, Kus y Scheier, 1994; Cukrowicz, et al., 2008; Dougall et al., 2001). Por ello es razonable esperar que las personas que puntúan alto en extraversión y en optimismo establezcan un mayor número de relaciones sociales y un mayor número de interacciones satisfactorias.

En relación a ello, se ha encontrado que los extrovertidos y los optimistas tienen redes sociales más amplias y reciben más apoyo de las personas con las que se relacionan (Carver y Scheier, 2014; Carver et al., 2010; Dougall et al. 2001; Golden, Conroy y Lawlor, 2009; Norem y Chang, 2002; Scheier y Carver, 1992; Vollmann et al., 2011).

Además las personas que tienen características de personalidad que les facilita el contacto con los demás están mejor adaptadas a desenvolverse en el contexto altamente interactivo de la sociedad actual, y por ello, alcanzan mayores niveles de bienestar (Hills y Argyle, 2001). Debido a las asociaciones entre personalidad y relaciones sociales descritas anteriormente consideramos que las relaciones sociales podrían explicar el impacto que tiene la personalidad en la satisfacción vital.

Tal y como afirman Cacioppo et al. (2008), la influencia que tiene la personalidad en el bienestar está “firmemente anclada en las conexiones invisibles que nos unen a los demás” (p. 200).

Las asociaciones entre los rasgos del *modelo de los cinco grandes* y el bienestar subjetivo están mediadas por diferentes variables, como la autoestima y las relaciones cercanas (Cacioppo et al., 2008; Ozer y Benet-Martínez, 2006). La extraversión, el neuroticismo y la amabilidad influyen indirectamente la depresión a través de los intercambios sociales y de la satisfacción con el apoyo social recibido (Finch y Graziano, 2001). La influencia indirecta de la extraversión en el bienestar subjetivo también se explica a través de la satisfacción con la familia y con los amigos y la autoeficacia (Jopp y Rott, 2006; Ozer y Benet-Martínez, 2006).

De modo similar, los recursos sociales, y muy particularmente el apoyo social, median la asociación entre extraversión y satisfacción vital y entre el optimismo y la satisfacción vital (Luger, et al., 2009; Zhu et al., 2013).

Aunque se hayan detectado estas asociaciones entre la personalidad y las relaciones sociales, todavía existen pocos estudios que integren los dos grupos de variables y solo unos pocos han analizado el papel mediador de las relaciones sociales en la relación entre personalidad y bienestar subjetivo (Zhu et al., 2013). Además, la mayoría de los estudios sobre el papel mediador de las relaciones sociales se han realizado con muestras de estudiantes universitarios (Demir y Weitekmap, 2007; Doeven-Egg et al., 2008; Hofer et al., 2008; Pollet et al., 2011).

Los estudiantes universitarios suelen tener motivaciones, tareas vitales y experiencias diferentes de las que pueden experimentar las personas que se encuentran en otras etapas de la vida, y por ello, puede que los resultados encontrados con este grupo de la población no necesariamente puedan extrapolarse a la vejez. Estudiar la influencia de la personalidad en las relaciones sociales en muestras de adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años ha demostrado que la influencia que tienen los rasgos de personalidad en el bienestar es mucho más compleja que al analizar estas relaciones solo en jóvenes universitarios (Roberts, Wilson, Fedurek y Dunbar, 2008).

Con respecto a la vejez, Lincoln et al. (2003) afirman que las redes sociales de los mayores están caracterizadas por su alta integración social y por la cercanía emocional. Tal y como plantea la *teoría socioemocional* (Carstensen, 1990) las personas mayores tienden a elegir aquellas relaciones que les proporcionan interacciones sociales de calidad. Por otro lado, debido a que ciertos eventos, como por ejemplo la jubilación, el deterioro de la salud o la muerte de las personas allegadas, son más frecuentes en la vejez (Duke et al., 2002; Smith et al., 2002) las oportunidades para establecer nuevas relaciones sociales son más reducidas en la vejez (Dykstra, 2011; Wenger, 1990).

Además los cambios en las relaciones familiares junto con los otros factores sociales podrían llevar a que las personas mayores experimentasen mayores niveles de soledad (Rubio Herrera, Pinel y Rubio Rubio, 2009). Por ello podríamos hipotetizar que las personas mayores estarán más motivadas para desarrollar las relaciones cercanas mientras que los estudiantes universitarios, quienes tienen metas y circunstancias diferentes, estarán más motivados para ampliar sus redes sociales. Por consiguiente cabe esperar que los patrones de asociación entre la personalidad, las relaciones sociales y el bienestar subjetivo sean diferentes en la vejez.

Es importante proporcionar más información sobre el posible papel mediador de las relaciones sociales en la asociación entre personalidad y satisfacción vital en personas mayores. Este tipo de información es fundamental para esbozar el perfil psicológico de las personas mayores que acumulan relaciones sociales satisfactorias y que les proporcionen apoyo. De esta manera los profesionales que trabajan con personas mayores dispondrían de información valiosa que les permitiría entender de qué modo se inician y se mantienen las relaciones sociales en la vejez (Poulin et al., 2012). Este tipo de información es también útil para entender de qué modo se puede aumentar la satisfacción con las relaciones sociales y el apoyo recibido en las personas mayores que carecen de apoyo social (Cukrowicz et al., 2008).

3.5.6. El papel moderador de los recursos psicológicos y sociales en la relación entre salud y satisfacción vital

El deterioro de la salud es uno de los cambios más frecuente a los que se tienen que enfrentar las personas mayores. Tal y como planteábamos anteriormente, la vejez está frecuentemente asociada a una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud y deterioro permanente en la capacidad funcional (e.g. Ayis et al., 2006; Bueno y Navarro, 2003; Cotter y Lachman, 2010; Greve y Staudinger, 2006).

A medida que aumenta la vulnerabilidad física, los problemas de salud se convierten en una importante preocupación y en una fuente de estrés para muchas personas mayores (Bueno y Navarro, 2003; Martin, Kliegel, Rott, Poon y Johnson, 2008; Moos, Brennan, Schutte y Moos, 2006).

Por otro lado, cabe destacar que a pesar del deterioro de la salud y de los múltiples retos derivados de dicho deterioro, muchas personas mayores evalúan positivamente su salud y están satisfechas con sus vidas (Greve y Staudinger, 2006). Esto es posible gracias a la existencia de recursos que favorecen la adaptación a los problemas de salud y el mantenimiento del bienestar subjetivo durante el envejecimiento (Bueno y Navarro, 2003; Diener et al., 2003; Kunzmann et al., 2000). Aspectos como por ejemplo la personalidad, el apoyo emocional o el dominio sobre el entorno amortiguan el impacto de negativo de múltiples circunstancias, como por ejemplo el estrés debido a dificultades económicas, el deterioro de la capacidad funcional, la viudez, en el bienestar y en la salud física y mental de las personas mayores (Jang, Bergman, Schonfeld y Molinari, 2006; Rossi, Bisconti y Bergeman, 2007; Windle, Woods y Markland, 2010).

Concretamente, las características de personalidad, que influyen en la forma en la que las personas perciben las circunstancias, pueden contribuir a la adaptación y al mantenimiento del bienestar ante eventos potencialmente estresantes (Berg, Hassing, Thorvaldsson y Johansson, 2011). El optimismo parece ser un recurso psicológico que puede favorecer el afrontamiento ante determinadas circunstancias como son por ejemplo el impacto de un nivel socio-económico bajo, la viudez, el cuidado de personas dependientes o el deterioro de la salud (Baird, Lucas y Donnellan, 2010; Duke et al.

2002; Fry, 2001; Hooker et al., 1998; Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004; Schöllgen et al., 2011).

Estudios previos realizados con jóvenes y con cuidadores de personas dependientes han hallado que el optimismo modera, al menos parcialmente, la asociación entre el estrés, la evaluación de la situación estresante y la depresión o entre la situación estresante y la satisfacción vital (Chang, 1998, 2002; Márquez-González, Losada Baltar, Peñacoba y Romero-Moreno, 2009). Un estudio muy reciente encontró que el optimismo moderaba el efecto que las auto-percepciones negativas tenían en la salud mental y física de las personas mayores (Wurm y Benyamini, 2014). Por tanto, sería razonable esperar que el optimismo moderase el impacto perjudicial que los problemas de salud tienen en la satisfacción vital de las personas mayores.

Aparte de la personalidad, otro recurso importante que modera el impacto de las circunstancias estresantes es el apoyo social. El apoyo social percibido protege a los mayores de la aparición de trastornos de ánimo como la depresión, ya que atenúa los efectos negativos de la discapacidad, del deterioro funcional y de otras circunstancias estresantes a las que puedan estar expuestos los ancianos, tales como la muerte de familiares, los conflictos interpersonales o incluso ante eventos adversos puntuales como son los desastres naturales, y favorece la capacidad de los mayores de adaptarse a dichas circunstancias (Hatfield, Hirsch y Lyness, 2013; Hsu y Tung, 2010; Jang, Haley, Small y Mortimer, 2002; Taylor y Lynch, 2004). Por tanto, el apoyo social podría ser entendido como una estrategia de afrontamiento que permite interpretar las situaciones adversas de manera que resulten menos estresantes y reducir la acumulación del desgaste patológico debido a la exposición a dichas situaciones (Chou y Chi, 2001; Gow, Pattie, Whiteman, Whalley y Deary, 2007).

Aunque por lo general la literatura previa converge en cuanto al papel amortiguador del apoyo social ante situaciones estresantes, no siempre se encuentra este efecto. Varios estudios realizados con mayores de Hong Kong hallaron que el apoyo social recibido de la familia no moderaba el efecto negativo de la falta de capacidad funcional o del estrés económico en la depresión (Chou, 2005; Chou, Chi y Chow, 2004; Chi y Chou, 2000).

Tyler y Hoyt (2000), al estudiar longitudinalmente la aparición de sintomatología depresiva en víctimas de una inundación en Iowa, Estados Unidos, encontraron que el apoyo social reducía la aparición de la depresión solo en mayores con edades comprendidas entre los 55 y 69 años pero no en mayores de 70. Estos autores explican el resultado hallado como consecuencia de la interpretación que hacen las personas más mayores de la inundación; probablemente a los muy mayores las inundaciones les resulte menos estresantes en comparación con otras circunstancias adversas asociadas al envejecimiento que tienen que afrontar.

Por tanto, el tipo de situación estresante y el contexto cultural podrían determinar diferentes resultados con respecto al papel que juega el apoyo social como recurso favorecedor de la adaptación. Por ello consideramos que es necesario estudiar el efecto protector del apoyo social en relación a cada situación adversa por separado. Además, sería útil analizar estas relaciones en diferentes contextos culturales, ya que el efecto que tienen diferentes predictores en la satisfacción con la vida puede ser moderado por la cultura (Kang et al., 2003).

Por otro lado, la literatura sobre el papel moderador del apoyo social se ha centrado en estudiar cómo este recurso mitiga el efecto negativo de diferentes circunstancias estresantes y cómo evita la aparición estados emocionales negativos y de trastornos tales como la depresión. Mientras tanto, poco sabemos en relación al papel que juega el apoyo social percibido en el mantenimiento de estados emocionales positivo y del bienestar. Es importante estudiar este aspecto ya que, tal y como destacan Sheldon y King (2001), no podemos explicar el funcionamiento psicológico adoptando una perspectiva centrada exclusivamente en los problemas.

Tal como veíamos describiendo anteriormente hay una amplia literatura gerontológica que pone de manifiesto que el apoyo social percibido constituye un importante predictor del bienestar subjetivo y de su mantenimiento durante el tiempo (Berg et al., 2009; Hsu, 2012). Su impacto es mucho más fuerte que el efecto de otras variables como por ejemplo las sociodemográficas. La varianza explicada por el apoyo social oscila entre el 11% y el 20 % (Berg et al., 2006; Chan y Lee, 2006).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Además, Berg et al. (2009) subrayan que es posible que la satisfacción con las relaciones sociales contrarreste el efecto negativo que puede tener el deterioro de la salud y de la capacidad funcional.

Por tanto, podemos decir que mientras que el deterioro de la salud es un factor de riesgo para el deterioro del bienestar, el optimismo y el apoyo social percibido son factores de resiliencia (Wallace, Bisconti y Bergeman, 2001) que favorece la salud y el bienestar (Berkman et al., 2000). Debido a ello, hipotetizamos que el optimismo y el apoyo social percibido contribuyen al mantenimiento de la satisfacción con la vida cuando las personas mayores se enfrentan a problemas de salud, contrarrestando el efecto perjudicial que puede tener el deterioro de la salud.

Sin embargo, existen todavía pocos estudios que analicen el papel que juegan variables como el optimismo y el apoyo social en amortiguar las circunstancias estresantes a las que se enfrentan las personas mayores. Se necesitan más investigaciones que estudien el papel moderador de variables como el optimismo, la autoeficacia o el apoyo social, particularmente en muestras no-clínicas y en personas muy mayores (Jopp y Rott, 2006; Windle et al., 2010; Wurm, Tomasik y Tesch-Römer, 2008).

CAPÍTULO 4:

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Preguntas de investigación

Con tal de identificar aquellos factores que influyen en la satisfacción vital de las personas mayores y para determinar si dichos factores median o moderan el nivel de satisfacción vital que experimentan las personas mayores nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿Influyen los recursos psicosociales la satisfacción vital que experimentan las personas mayores?

¿A través de qué mecanismos influyen los recursos personales (la extraversión y el optimismo) la satisfacción vital de las personas mayores?

¿Moderan el optimismo y el apoyo social la influencia del deterioro de la salud en la satisfacción vital?

4.2. Objetivo general y objetivos específicos

Para contestar a las interrogantes planteadas anteriormente la presente tesis doctoral tiene el objetivo general de estudiar el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital de personas mayores de 65 años de Granada capital. Para ello se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir los participantes del estudio en función de sus características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia).
2. Describir el estado de salud, los recursos socioeconómicos, los recursos sociales, los recursos personales y la satisfacción vital de la muestra.
3. Describir y analizar la relación entre características sociodemográficas y satisfacción vital.

4. Describir y analizar la relación entre recursos socioeconómicos y satisfacción vital.
5. Describir y analizar la relación entre estado de salud y satisfacción vital.
6. Describir y analizar la relación entre recursos sociales y satisfacción vital.
7. Describir y analizar la relación entre recursos personales (extraversión y optimismo) y satisfacción vital.
8. Examinar el impacto conjunto de los recursos personales, los recursos sociales, la salud y del estatus socioeconómico en la satisfacción vital de las personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 99 años de la ciudad de Granada que participaron en el estudio.
9. Explorar el papel mediador de los recursos sociales (apoyo social, integración y aceptación social y de los aspectos estructurales de las relaciones sociales) en la asociación entre extraversión y satisfacción vital.
10. Explorar el papel mediador de los recursos sociales (apoyo social y de los aspectos estructurales de las relaciones sociales) en la asociación entre optimismo y satisfacción vital.
11. Analizar los mediadores de la relación entre extraversión y satisfacción vital y de la relación entre el optimismo y satisfacción vital por separado en los participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud y en los que tienen limitaciones debidas a los problemas de salud.
12. Analizar el papel moderador del optimismo y del apoyo social en el impacto que tiene el estado de salud en la satisfacción vital.

4.3. Hipótesis

A continuación se presentan las hipótesis derivadas de cada uno de los objetivos específicos presentados anteriormente:

H1. Las características sociodemográficas se asociarán a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital.

H2. Los recursos socioeconómicos, medidos a través del nivel de estudios, del nivel de ingresos, la satisfacción con la situación económica actual y del grado de cualificación de la profesión desempeñada antes de jubilarse, se asociarán a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital.

H3. El estado de salud, medido a través del número de enfermedades, la evaluación subjetiva del estado de salud y las limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud, se asociará a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital.

H4. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red social, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social, estarán positivamente asociados con la satisfacción vital.

H5. Los recursos personales, medidos a través de las variables de personalidad extraversión y optimismo, estarán positivamente asociados con la satisfacción vital.

H6. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social, y las variables de personalidad extraversión y optimismo explicarán un mayor porcentaje de la varianza en satisfacción vital que las características sociodemográficas, el estatus socioeconómico y el estado de salud.

H7. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación, estarán positivamente asociados con la extraversión.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

H8. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social, mediarán la asociación entre extraversión y satisfacción vital. El modelo de mediación está ilustrado en la figura 4.1.

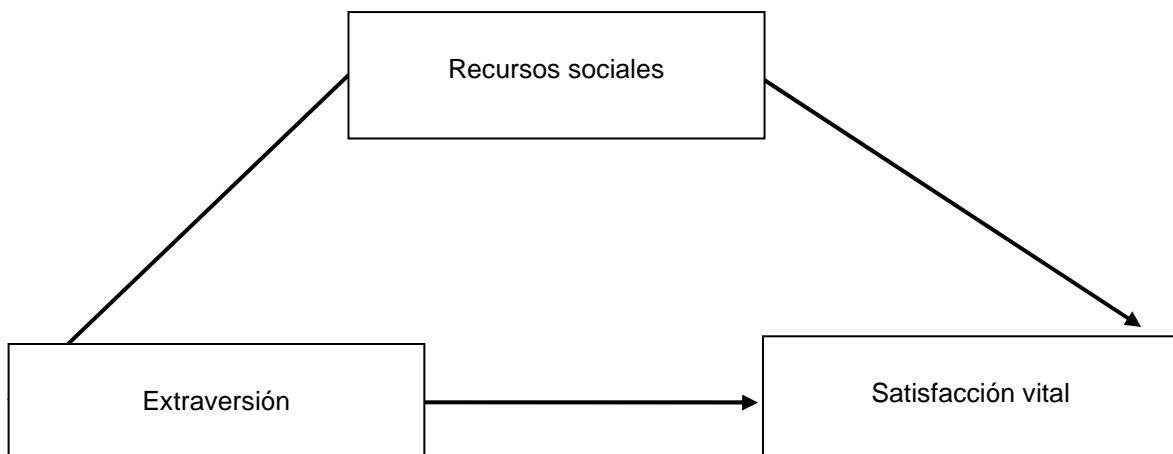


Figura 4.1. Modelo hipotético del efecto mediador de los recursos sociales en la relación entre extraversión y satisfacción vital

H9. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social, estarán positivamente asociados con el optimismo.

H10. Los recursos sociales, medidos a través de la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social, social mediarán la asociación entre optimismo y satisfacción vital. El modelo propuesto está ilustrado en la figura 4.2.

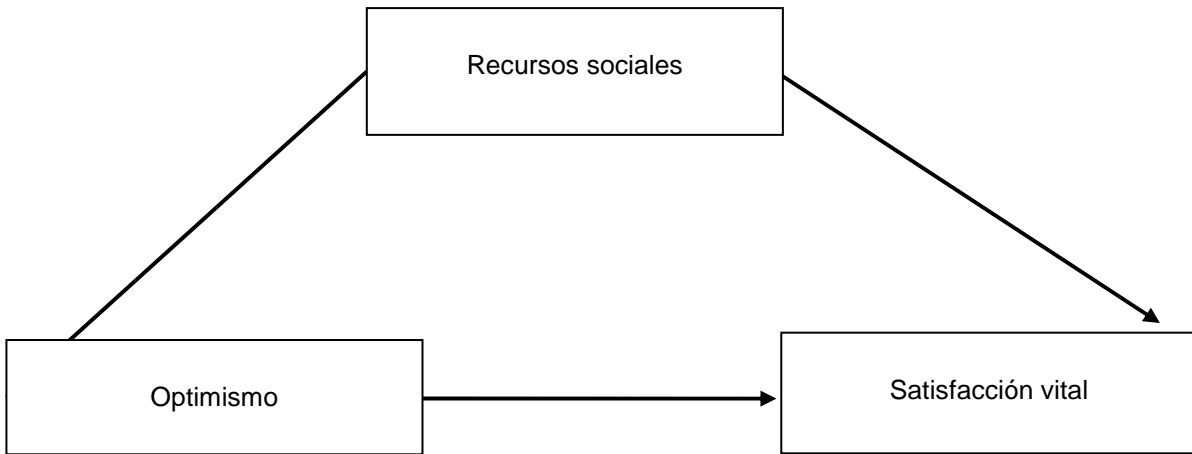


Figura 4.2. Modelo hipotético del papel mediador de los recursos sociales en la relación entre optimismo y satisfacción vital

H11. Los mediadores de la relación entre extraversión y satisfacción vital y optimismo y satisfacción vital variarán en función de la presencia o ausencia de limitaciones debidas a los problemas de salud.

H12. El optimismo y el apoyo social moderarán en el impacto que el deterioro del estado de salud tiene en la satisfacción vital. El modelo hipotético de moderación está ilustrado en la figura 4.3.

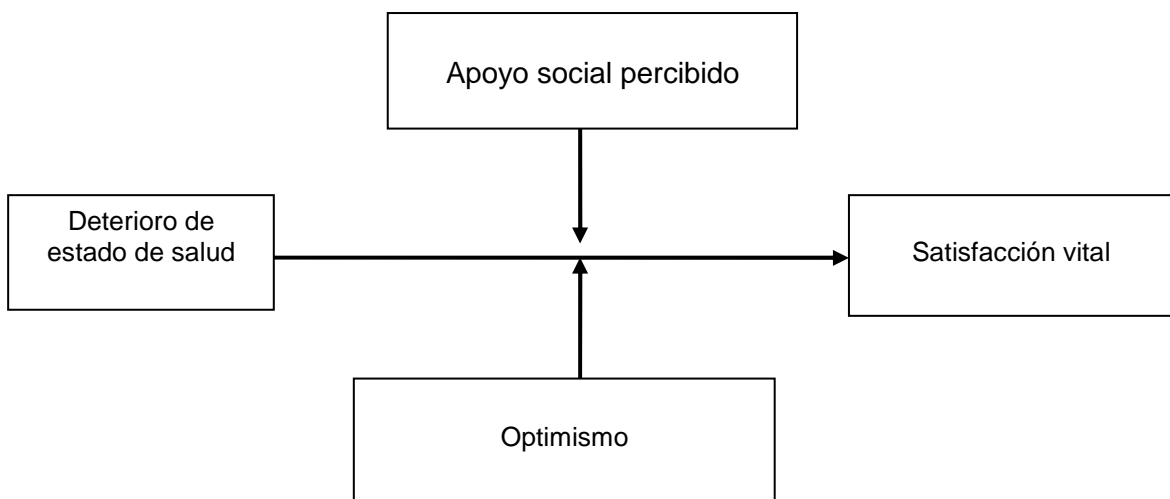


Figura 4.3. Modelo hipotético del papel moderador del apoyo social y del optimismo en la relación entre el deterioro de salud y la satisfacción vital

CAPÍTULO 5:

MÉTODO

5.1. Diseño de investigación

En la presente tesis doctoral se utilizó un diseño descriptivo-correlacional de tipo transversal en el cual se optó por un muestreo no aleatorio por cuota no proporcional.

5.2. Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 406 personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 99 años ($M= 74.88$, $SD= 6.75$) de los cuales 252 eran mujeres (62.1%) y 154 eran hombres (37.9%). Se trata de una muestra urbana, formada por personas mayores no institucionalizadas y que eran miembros de asociaciones de mayores o acudían a Centros de Participación Activa para Personas Mayores de Granada capital. Más de la mitad de los participantes estaban casados o tenían pareja (51%), un importante número de participantes estaban viudos (38.9%), mientras que estar soltero, divorciado o separado era menos frecuente (ver tabla 5.1.).

Con respecto al nivel socioeconómico se puede destacar que los participantes disponían, de media, de unos ingresos mensuales netos de 1334.52 euros ($DT= 863.52$). Cabe destacar que un importante número de participantes, concretamente 90 personas, decidió no proporcionar información sobre su nivel de ingresos mensual. De los 316 participantes que comunicaron su nivel de ingresos, el 38.2% indicó ganar menos de 600 euros al mes, el 22.4% afirmó ganar entre 601 y 1000 euros al mes, el 16% indicó ganar entre 1001 y 1500 euros mensuales y un 23.4% afirmó tener unos ingresos mensuales superiores a 1500 euros.

Es relevante también mencionar que la pregunta sobre el nivel de ingresos hacía referencia a los ingresos del hogar, y por tanto, en caso de los participantes que tenían pareja el nivel de ingresos del hogar era más alto cuando ambos cónyuges reciben prestaciones por jubilación. En la tabla 5.1 se presentan las características de los participantes con mayor detalle.

Tabla 5.1
Características sociodemográficas de los participantes

<i>Grupos de edad</i>	
65-69 años	23.6%
70-74 años	26.4%
75-79 años	25.1%
80-84 años	15.3%
85-89 años	6.9%
90-94 años	2.0%
95-99 años	0.7%
<i>Estado civil</i>	
Soltero/a	3.9%
Casado/a o con pareja	51.2%
Divorciado/a o separado/a	5.9%
Viudo/a	38.9%
<i>Convivencia</i>	
Vive solo/a	37.7%
Vive acompañado/a	62.3%
<i>Grado de cualificación de la profesión desempeñada antes de jubilarse</i>	
Baja cualificación	67.0%
Cualificación media	14.5%
Cualificación alta	18.5%

El nivel educativo de los participantes era relativamente bajo. Tal y como se puede ver en el gráfico 5.1 más de la mitad de la muestra no alcanzaba un nivel de estudios secundarios y más de la mitad de los mayores, antes de jubilarse, habían desempeñado profesiones de baja cualificación

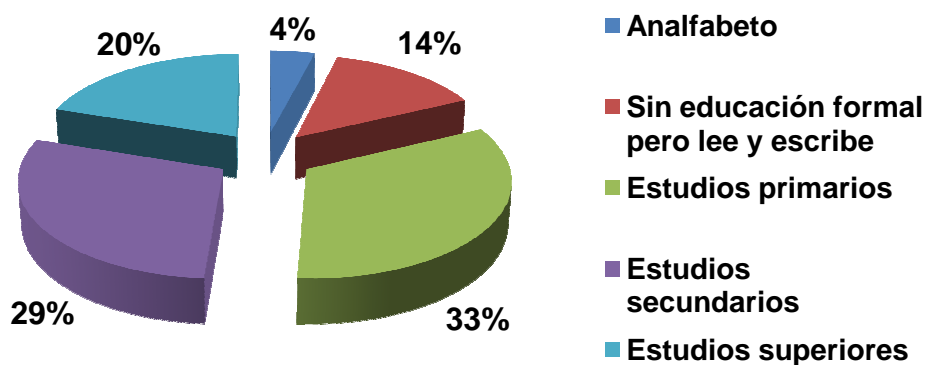


Gráfico 5.1. El nivel educativo de los participantes expresado en porcentajes

5.3. Procedimiento

5.3.1. Muestreo

Para seleccionar la muestra se utilizó un muestreo por cuota no proporcional estableciendo un número mínimo de entrevistas a realizar para cada grupo de edad y cada género. El tamaño de la muestra se calculó a un nivel de confianza del 95% en base a la población mayor de 65 años que reside en Granada capital. Para garantizar que la muestra contuviera suficientes hombres y personas mayores de 80 años se estableció un número mínimo de entrevistas para cada rango de edad (65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; 90-94; 95-99) en función de su representación en la población mayor del área de estudio por género. En la tabla 5.2 se puede ver dicha distribución.

Tabla 5.2

Muestreo en base al porcentaje de personas mayores de 65 años de Granada capital por grupo de edad y sexo

GRUPO EDAD	PERSONAS MAYORES 65 AÑOS DE GRANADA CAPITAL			LA MUESTRA DEL PRESENTE ESTUDIO			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES		MUJERES	
				%	Número Encuestas	%	Número Encuestas
65-69	17.125	19.796	36.921	22.1%	34	25.4%	64
70-74	15.016	18.752	33.768	26.6%	41	26.2%	66
75-79	14.537	19.240	33.777	25.3%	39	25.0%	63
80-84	8.990	13.967	22.957	15.6%	24	14.7%	37
85-89	4.215	7.660	11.875	7.1%	11	6.3%	16
90-94	1.200	2.664	3.864	1.9%	3	2.0%	5
95-99	247	646	893	0.4%	1	0.4%	1

Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadística, Datos del Padrón, 2010

La tasa de respuesta fue del 81.75%, se contactó con un total de 548 personas mayores, 42 no fueron entrevistadas porque no cumplían el criterio de edad de 65 años, y 100 personas se negaron a participar en el estudio. Las razones por las que estas personas se negaron participar no fueron recogidas y por tanto no se pueden analizar.

5.3.2. Procedimiento en la recogida de datos

Una vez concedida la autorización para realizar el estudio por parte del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada se contactó con la dirección de los seis Centros de Participación Activa para Personas Mayores de Granada que dependen del Ayuntamiento y con diferentes asociaciones de mayores de la ciudad de Granada. En la tabla 5.3 aparecen los centros y asociaciones de mayores que finalmente participaron en el estudio.

Tabla 5.3.
Asociaciones de Mayores y Centros de Participación Activa para Personas Mayores de Granada que participaron en el estudio

Asociaciones de Mayores	Centros de Participación Activa para Personas Mayores de Granada
Aula de Mayores Ciudad de Granada	Chana
Gabinete de Calidad de Vida y Envejecimiento	Camino de Ronda y Figares
Asociación Jubilados de Hacienda	Avenida Cervantes y Carretera de la Sierra
Asociación de Veteranos Militares	Zaidín
Asociación Campo Verde	
Ofecum	

Posterior a la confirmación de su participación en el estudio, los diferentes centros y asociaciones distribuyeron información sobre la investigación entre sus miembros invitándoles a participar. Se colocaron carteles en los tablones de anuncios en las instalaciones de los centros, se distribuyeron folletos con la invitación a participar en la investigación a los asistentes de las diferentes actividades organizadas por estos centros y asociaciones y se enviaron correos electrónicos con información sobre el estudio a aquellos miembros que disponían de direcciones de correo electrónico.

Para la recogida de datos se siguieron las normas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA). En primer lugar los participantes recibieron información sobre el objetivo del estudio, la duración aproximada de la entrevista y el procedimiento a seguir.

Los participantes también fueron informados sobre el carácter voluntario de la entrevista y de su derecho de interrumpir o finalizar la entrevista o de no contestar a algunas preguntas. También se les aseguró la confidencialidad de la información que iban a proporcionar a través de la entrevista y se les pidió que firmaran el consentimiento informado.

Se realizaron entrevistas individuales con los mayores que decidieron participar en sus propios domicilios. La entrevistadora leía en voz alta cada pregunta y marcaba en la hoja de respuesta las respuestas que los mayores proporcionaban en base a la ficha que contenía las opciones de respuesta para cada escala. En el caso de las personas que no sabían leer o escribir la entrevistadora leía en voz alta las opciones de respuesta para cada una de las escalas utilizadas.

5.3.3. Análisis estadístico

Para los análisis estadísticos de los datos se utilizó el programa SPSS versión 20. En primer lugar se realizaron pruebas de exploración para detectar posibles casos atípicos y corregir errores.

Asimismo en esta primera fase se categorizaron el número de enfermedades en tres categorías. Para ello se utilizó el procedimiento de tertiles, de modo que se obtuvieron tres grupos de participantes: menos de tres enfermedades o ninguna enfermedad, tres o cuatro enfermedades y cinco o más enfermedades.

Para poder interpretar las puntuaciones obtenidas por los participantes en apoyo social, percepción subjetiva de función familiar, valoración subjetiva de las relaciones sociales, satisfacción con las relaciones de la familia y con las relaciones de amigos, extraversión, optimismo y satisfacción vital se formaron grupos en función de los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90. Estos percentiles corresponden a los niveles muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto.

En la segunda fase de análisis de datos se examinaron las relaciones entre las variables socio-demográficas y las variables del estudio a través del análisis de varianza (*ANOVA*) y de *t* de Student. Los resultados de las pruebas se consideraron significativas si la $p < .05$. Para interpretar el tamaño del efecto de estos análisis se calculó la eta parcial cuadrada en el caso de los análisis de *ANOVA* y la *d* de Cohen para los *t* de Student. Para interpretar el tamaño del efecto de la eta parcial cuadrada se consideró que un tamaño de efecto de .0099 era pequeño, mientras que un valor de .0588 se interpretó como medio y un valor de .1379 fue considerado un tamaño de efecto grande (Richardson, 2011). Para calificar el tamaño del efecto medido a través de la *d* de Cohen, se siguió la regla de Cohen según la cual un tamaño de efecto de aproximadamente 0.20 se considera pequeño, 0.50 un tamaño medio y 0.80 un tamaño grande (Cohen, 1988).

Se realizaron también correlaciones de Pearson para explorar las relaciones entre las variables predictoras y la variable de criterio. Para interpretar el tamaño del efecto de las correlaciones se utilizó la regla de Cohen, según la cual una correlación de .10 es una correlación baja, .30 representa una correlación moderada y una correlación de .50 es una correlación alta (Field, 2013).

Para conocer el impacto conjunto de los diferentes recursos psicosociales, de la salud y de las características sociodemográficas en la satisfacción vital se realizó un análisis de regresión lineal múltiple jerárquico por pasos sucesivos. En primer lugar se comprobaron los supuestos de linealidad, independencia, normalidad y no colinealidad. Asimismo para poder incluir la variable estado civil en el modelo de regresión múltiple se transformó de modo que solo tuviera dos niveles (1- sin pareja, 2- con pareja).

Una vez comprobados los supuestos se construyeron diferentes modelos con las variables antes mencionadas. Los diferentes modelos fueron construidos en base a la literatura previa, comenzando por los predictores más fuertes. De este modo, en primer lugar se introdujeron los recursos personales (extraversión y optimismo) y en segundo lugar se incluyeron los recursos sociales (tamaño de la red, número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de la red, apoyo social, función familiar, evaluación subjetiva de las relaciones sociales, integración social, aceptación social, satisfacción con las relaciones con la familia y satisfacción con los amigos).

En el tercer paso se introdujo el estado de salud (número de enfermedades, salud subjetiva y limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud). En el último paso se introdujeron los recursos socioeconómicos y las características sociodemográficas. En el caso de los recursos socioeconómicos solo se incluyó la satisfacción con el nivel de ingresos porque fue la única variable de las que medían los recursos socioeconómicos que se asociaba a diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital.

Para evaluar el papel mediador de los recursos sociales en la asociación entre personalidad (extraversión y optimismo) y satisfacción vital se realizaron varios análisis de mediación múltiple utilizando la técnica de bootstrapping propuesta por Preacher y Hayes (2008) quienes recomiendan dicha técnica para estimar los efectos directos e indirectos en modelos de mediación múltiple.

En el caso de la extraversión, en base a la literatura previa, se probaron dos modelos de mediación distintos. El primer modelo incluía los siguientes mediadores: número de amigos, número de amigos íntimos, número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos, número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos íntimos, la importancia de las relaciones de amistad, los diferentes tipos de apoyo social y la satisfacción con la relación con los amigos. El segundo modelo incluía los siguientes mediadores: número de amigos, número de amigos íntimos, número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos, número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos íntimos, el apoyo emocional, el apoyo tangible, la satisfacción con la relación con los amigos, la integración y la aceptación social y la variable relaciones positivas que mide la valoración subjetiva de las relaciones sociales en general.

En el caso del optimismo, en base a los hallazgos de los estudios previos, también se probaron dos modelos de mediación múltiple diferentes. El primer modelo incluía los siguientes mediadores: tamaño de la red social, diferentes tipos de apoyo social, valoración subjetiva de las relaciones sociales y la función familiar. El segundo modelo incluía los siguientes mediadores: número total de familiares número total de amigos, satisfacción con las relaciones familiares, satisfacción con las relaciones de amistad, integración y aceptación social y diferentes tipos de apoyo social.

El bootstrapping es una técnica no paramétrica de remuestreo utilizada para estimar el error estadístico; supone extraer aleatoriamente submuestras de los datos que constituyen la muestra original permitiendo estimar el efecto indirecto en cada remuestreo (Preacher y Hayes, 2008).

Para establecer si se da mediación se examinan los Intervalos de Confianza Bootstrap. Si el intervalo de confianza del 95% contiene el cero entonces se asume la falta de significatividad (Preacher y Hayes, 2008; Shrout y Bolger, 2002). Este procedimiento presenta una serie de ventajas en comparación con otras técnicas: permite examinar varios mediadores simultáneamente, no se necesita una distribución normal de las variables (Hayes, 2009; MacKinnon, Lockwood y Williams, 2004; Shrout y Bolger, 2002) y el número de tests inferenciales es minimizado, lo que en consecuencia reduce la probabilidad de que se el error tipo 1.

Para llevar a cabo dichos análisis se empleó el modelo 4 de la macro *PROCESS* diseñada por Hayes (2012) que está disponible en la siguiente página web: <http://www.afhayes.com>. Esta macro genera los coeficientes de regresión para estimar el impacto de la variable predictora (en este caso extraversión y optimismo) en los diferentes mediadores (en este caso recursos sociales), así como el efecto directo y el efecto total de la variable predictora en la variable de resultado (en este caso satisfacción vital). También genera el impacto de los mediadores en la variable de resultado, y finalmente el efecto indirecto del predictor a través de los diferentes mediadores que lo estima a través de los Intervalos de Confianza Bootstrap.

Para comprobar que la presencia o ausencia de las limitaciones debidas a los problemas de salud influiría los mediadores que explicaban el efecto indirecto de la extraversión y del optimismo se realizaron los análisis de mediación múltiple por separado para el grupo de participantes con y sin dificultades para la realización de actividades de la vida diaria. Primero se dividió la muestra en dos grupos de participantes: un grupo de participantes sin limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud ($n=213$) y un grupo de participantes que indicaron tener dificultades para la realización de actividades de la vida diaria debido a los problemas de salud ($n=192$). Posteriormente se volvió a probar el modelo de mediación múltiple que explicaba un mayor porcentaje de la varianza en satisfacción con la vida.

Finalmente, para probar el efecto moderador del apoyo social en la relación entre salud y la satisfacción vital se realizaron varios análisis. Se comprobó si el optimismo y el apoyo social percibido moderaban la relación entre número de enfermedades y satisfacción vital. Se analizó el posible efecto moderador del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre limitaciones funcionales debidas a las enfermedades y la satisfacción vital. Por último, se examinó si el optimismo y el apoyo social percibido moderaban la relación entre evaluación subjetiva del estado propio de salud y la satisfacción vital.

Para llevar a cabo dichos análisis se empleó de nuevo el procedimiento bootstrap. Este análisis se llevó a cabo a través del modelo 1 de la macro *PROCESS* diseñada por Hayes (2012) que está disponible en la siguiente página web: <http://www.afhayes.com>. Con este método se pueden introducir los efectos principales de las variables analizadas y su interacción en un solo bloque.

Para establecer si existe moderación se examinan los Intervalos de Confianza Bootstrap. Si el intervalo de confianza del 95% contiene el cero se asume la falta de significatividad (Preacher y Hayes, 2008). Además esta técnica permite examinar el efecto condicional de las variables predictores cuando la variable moderadora adquiere diferentes valores calculados en base a percentiles (Hayes, 2012). Más concretamente, con este procedimiento se analizó el efecto de cada variable relacionada con la salud en la satisfacción vital cuando el apoyo social es muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto. Estos niveles corresponden a los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90.

5.4. Instrumentos

Dado que el principal objetivo del presente trabajo es analizar las relaciones entre diferentes recursos personales y sociales y la satisfacción con la vida, así como estudiar el papel mediador o moderador de los diferentes recursos en una muestra de personas de más de 65 años, se seleccionaron instrumentos que midieran algunas características de personalidad y varias escalas que miden relaciones sociales junto con una escala que mide satisfacción con la vida.

Asimismo se construyó una entrevista estructurada en la cual se incluyeron preguntas sobre el estado de salud, la extensión de la red de apoyo y la frecuencia de contacto con los integrantes de la red, la importancia de las relaciones sociales, la satisfacción con las relaciones familiares y con las relaciones de amistad y las características socio-demográficas de los participantes. A continuación se presentan las características y justificación de estos instrumentos, así como algunos datos estadísticos de cada una de ellas.

5.4.1. Satisfacción vital

Para medir la satisfacción con la vida se utilizó la *Escala de Satisfacción Vital* que fue originalmente diseñada por Diener et al. (1985) y adaptada al contexto español por Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita (2000). Este instrumento mide la satisfacción vital global, o el juicio global que hacemos las personas con respecto a nuestras vidas. Para contestar a los cinco ítems que componen este instrumento (e.g. “En la mayoría de los casos mi vida está cerca de mi ideal”) se utiliza una escala Likert de cinco puntos (1=total desacuerdo, 5= totalmente de acuerdo). Para obtener la puntuación total se suman la puntuación de cada ítem. Este instrumento ha sido extensamente utilizado (Argyle, 2001). Se ha administrado en diferentes contextos culturales y con muestras de diferentes edades y características (Atienza et al, 2000). La versión española de la escala ha sido validada con adolescentes, con mujeres embarazadas, mujeres mayores activas y personas mayores en general (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Cabañero et al., 2004; Pons, Atienza, Balaguer, García-Merita, 2000; Requena, López Fernández, González Ortiz, y Alonso, 2009).

Tanto la versión original como la adaptación española tienen buenas propiedades psicométricas. Concretamente con población mayor y en el contexto cultural español el valor del alfa de Cronbach varía entre .77 y .75 dependiendo del estudio (Pons et al., 2000; Requena et al., 2008). En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de .81.

En conclusión se trata de un instrumento que ha demostrado su validez y fiabilidad en diferentes contextos y es por ello que se ha usado también en la presente investigación. Además, este instrumento ha sido utilizado previamente en estudios con población mayor (Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991); Pons et al., 2000; Requena et al., 2008) y tiene las características necesarias para utilizarlo con este colectivo, ya que es de fácil aplicación, es breve y la terminología que usa es fácil de comprender por las participantes.

5.4.2. Características sociodemográficas

La entrevista estructurada recababa información sobre la edad, el sexo (1= hombre; 2= mujer), el estado civil (1= soltero/a; 2= casado/a o con pareja; 3=viudo/a; 4= divorciado/a) y la convivencia (1=vive solo/a; 2= vive acompañado/a).

5.4.3. Recursos socioeconómicos

Este grupo de variables estaba formado por el nivel de ingresos mensual, la satisfacción con el nivel de ingresos mensual, el nivel de estudios y el grado de cualificación de la profesión desempeñada antes de jubilarse.

El nivel de ingresos mensual se midió mediante la pregunta “¿Cuáles fueron los ingresos totales de su unidad familiar en el último mes? La satisfacción con el nivel de ingresos mensual se evaluó mediante la pregunta “¿Cómo de satisfecho/a se encuentra con su nivel de ingresos mensual?” Como opciones de respuesta los participantes disponía de una escala tipo Likert con diez opciones de respuesta (1= nada satisfecho; 10= muy satisfecho). El nivel de estudios se evaluó mediante la pregunta “¿Cuál fue el nivel de estudios más alto nivel que ha cursado?”. Para contestar a dicha pregunta los participantes disponían de cinco opciones de respuesta (1 =analfabeto; 2= sin educación formal pero lee y escribe; 3= educación primaria; 4= educación secundaria; 5= estudios universitarios).

El grado de cualificación de la profesión desempeñada antes de jubilarse se evaluó mediante la pregunta “¿Qué grado de cualificación requería la profesión que desempeñó antes de jubilarse?”. Para contestar a esta pregunta los participantes disponía de tres opciones de respuesta (1= baja cualificación; 2= cualificación media; 3= cualificación alta).

5.4.5. Estado de salud

Las preguntas que medían el estado de salud también estaban incluidas en la entrevista estructurada construida para la presente tesis doctoral. Esta entrevista incluía preguntas sobre el número de enfermedades, las limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria y la valoración subjetiva del estado de salud.

Número de enfermedades

Para recabar información sobre el número de enfermedades se utilizó un listado que incluía un total de 27 problemas de salud tales como enfermedad cardiovascular, enfermedades reumatoides, problemas gastrointestinales entre muchas otras. El número total de enfermedades se obtenía sumando todas las enfermedades que mencionaban los participantes. Este tipo de preguntas se ha utilizado previamente para estudiar la salud de las personas mayores (e.g. Schöllgen, et al., 2011) y es una medida tan válida como el historial médico (Katz, Chang, Sangha, Fossel y Baltes, 1996).

Limitaciones funcionales

Para valorar si las enfermedades padecidas se asociaban a limitaciones, se utilizó una única pregunta: “¿Alguna de las enfermedades que me ha mencionado supone alguna limitación para la realización de sus actividades diarias?”. Para contestar a dicha pregunta los participantes disponían de dos opciones de respuesta (0= no padezco ninguna enfermedades que me impida realizar mis actividades diarias o la enfermedad/las enfermedades que padezco no suponen una limitación; 1= la enfermedad/las enfermedades que padezco supone una limitación).

También se indagó para qué tipo de actividades tenían dificultades las personas mayores, así se incluyó un listado con 17 actividades que inquirían la dificultad para realizar actividades de auto-cuidado (comer, acostarse y levantarse, vestirse y quitarse la ropa, ponerse los zapatos, ducharse, arreglarse y usar el servicio), para andar (en la casa, a sitios cercanos, ir en transporte público) y para realizar actividades instrumentales (comprar, preparar comidas, limpieza de la casa, tomar medicación, ir al médico y manejar sus asuntos económicos).

Estado percibido de salud

El estado percibido de salud se midió mediante la siguiente pregunta: “¿Cómo considera usted su estado de salud actual?”. Los participantes disponían de tres opciones de respuesta (1 = muy mal o mal; 2= regular; 3= bien o muy bien). En este caso este indicador de salud es también una medida adecuada, porque es útil para predecir las necesidades asistenciales, para el desarrollo de programas y para medir impacto de las políticas sanitarias y sociales de prevención y mejora de las condiciones de vida de las personas mayores (IMSERSO, 2012).

5.4.6. Recursos sociales

La evaluación de los recursos sociales de los que disponen las personas se realizó a través de los siguientes instrumentos: el Cuestionario APGAR Familiar (Smilkstein, 1978); la Escala de Relaciones Positivas (Díaz et al., 2006); el Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS - Sherbourne y Stewart, 1991); la Escala de Integración Social y la Escala de Aceptación Social (Blanco y Díaz, 2005). Para evaluar las características de la red social se utilizó una entrevista estructurada.

El Cuestionario APGAR Familiar

El cuestionario APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) fue diseñado para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación (*partnertship* en inglés), desarrollo (*growth* en inglés), afectividad y capacidad resolutive. Está compuesto por cinco ítems (“¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?”) que tienen tres opciones de respuesta (0= casi nunca, 1= a veces, 2= casi siempre). Para obtener la puntuación final se suman la puntuación obtenida en cada uno de los cinco ítems. La puntuación máxima que se puede obtener es de diez puntos. Una puntuación total comprendida entre los siete y los diez puntos indica una función familiar adecuada mientras que una puntuación inferior a los siete puntos es indicio de disfuncionalidad familiar.

Una puntuación inferior a los dos puntos es una disfuncionalidad grave (Lizarraga Armentia, Artetxe Uribarri y Pousa Mimbbrero, 2008). En este trabajo se utilizó la versión española adaptada al contexto español por Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996). En el estudio de validación española la fiabilidad test-retest es superior a .75 y tiene una buena consistencia interna, el alfa de Cronbach era de .84. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de .85. Se eligió este instrumento debido a su reducido número de ítems y a la facilidad de aplicación.

La Escala de Relaciones Positivas

Para evaluar la percepción subjetivas de las relaciones sociales se utilizó la Escala de Relaciones Positivas extraída de la versión española de las Escalas de Bienestar de adaptada al contexto español por Díaz et al. (2006). La versión original de estas escalas es una forma abreviada de las Escalas de Bienestar de Ryff que desarrolló van Dierendonck (2004) a partir del instrumento original con el mismo nombre pero que tiene un total de 120 ítems (Ryff, 1989a). Las Escalas de Bienestar de Ryff miden el bienestar psicológico e incluye los siguientes dominios: *autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal*. Concretamente la Escala de Relaciones Positivas, utilizada en el presente estudio, está formada por seis ítems (“Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí”), tres de ellos redactados en positivo y los otros tres en negativo que se tienen que invertir antes de obtener la puntuación final. Los participantes tienen que indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con los ítems utilizando una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo, 6= totalmente de acuerdo). No existen normas para interpretar la puntuación total obtenida, pero una puntuación alta es indicio de la existencia de relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias y de mutua confianza mientras que una puntuación baja indica la ausencia de suficientes relaciones interpersonales de calidad.

No tenemos constancia del uso de la Escala de Relaciones Positivas por separado, no obstante el instrumento completo ha sido ampliamente utilizado. Este instrumento se ha utilizado en muchos estudios con personas mayores (e.g. Abbott, Ploubidís, Huppert, Kuh y Croudace, 2010; Friedman, Hayney, Love, Singer y Ryff, 2007; Kirby, Coleman y Daley, 2004; Schanowitz y Nicassio, 2006).

La versión española de las Escalas de Bienestar de Ryff también ha sido validada con personas mayores (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Triadó, Villar, Solé y Celdrán, 2007).

Con respecto a las propiedades psicométricas, aunque algunos autores indican que Las Escalas de Bienestar de Ryff presentan problemas de validez de constructo y efectos de método, además de no tener una estructura multi-factorial (Burns y Machin, 2009; Tomas, Meléndez, Oliver, Navarro y Zaragoza, 2010), en general se acepta que este instrumento es válido y fiable (Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh y Croudace, 2010; Ryff y Singer, 2006; van Dierendonck, 2004).

En relación a la consistencia interna, en el estudio de adaptación Díaz et al. (2006) informan de un alfa de Cronbach de .78 para la Escala de Relaciones Positivas, mientras que en el presente estudio el alfa de Cronbach para esta escala fue de .85.

Apoyo social percibido

Para medir el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Apoyo social (Sherbourne y Stewart 1991) en su versión española (Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005). Este instrumento incluye un total de incluye 20 ítems (e.g. “¿Con qué frecuencia dispone usted de alguien que le lleve al médico cuando lo necesita?”) que miden el tamaño de la red social, el apoyo instrumental, el apoyo emocional/informacional y el apoyo afectivo. Los participantes indican su grado de acuerdo o desacuerdo usando una escala Likert de cinco puntos (1= nunca, 5= siempre). Se pueden obtener puntuaciones para cada tipo de apoyo social o una puntuación global del apoyo social percibido general. No existen normas para intepretar las puntuaciones de las diferentes sub-escalas del instrumento, en cambio si la puntuación global en apoyo social es inferior a cincuenta y siete puntos se considera que el apoyo global es escaso.

Con respecto a las propiedades psicométricas de este instrumento, en la versión española el alfa de Cronbach de las distintas sub-escalas varía entre .86 y .96, en el factor apoyo emocional/informacional el alfa es de .94, en apoyo afectivo .86 y en el factor apoyo instrumental .87.

En el presente estudio las sub-escalas muestran una buena consistencia interna (apoyo emocional/informacional $\alpha = .91$; apoyo afectivo $\alpha = .84$; apoyo instrumental $\alpha = .81$) al igual que la medida global de apoyo social ($\alpha = .97$). Además, en el estudio de validación de este instrumento, Sherbourne y Stewart (1991) encontraron una alta validez convergente y discriminante de los ítems, por lo que demostraron que el cuestionario MOS es multidimensional.

Integración y Aceptación Social

Para medir la evaluación subjetiva de la integración social y la aceptación social se utilizaron la Escala de Integración Social y la Escala de Aceptación Social extraídas de las Escalas de Bienestar Social (Keyes, 1998) adaptadas al contexto español por Blanco y Díaz (2005). Se trata de un instrumento que mide: *integración social*, *aceptación social*, *contribución social*, *actualización social* y *coherencia social*. La escala de Integración Social está formada por cinco ítems (“Siento que soy una parte importante de mi comunidad”) que miden la valoración subjetiva de la relación con la comunidad y con la sociedad en general, en otras palabras mide el sentido de pertenencia a una comunidad (Keyes, 1998; Westerhof y Keyes, 2010). Cuatro de los ítems están redactados en positivo y uno en negativo que se tiene que invertir antes de obtener la puntuación final. La Escala de Aceptación Social está compuesta por seis ítems (“Creo que la gente no es de fiar”) que miden una actitud positiva hacia otras personas a la vez que se reconocen sus dificultades (Westerhof y Keyes, 2010). Todos los ítems que conforman la versión española de esta escala están redactados en negativo por lo que antes de obtener la puntuación final hay que invertirlos.

Los participantes tienen que indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con los ítems utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo, 5= totalmente de acuerdo). No existen normas para interpretar la puntuación total obtenida en cada una de las escalas descritas anteriormente, en el presente trabajo hemos considerado que una mayor puntuación indica una mayor percepción subjetiva de integración social.

No tenemos constancia del uso de la Escala de Integración Social y de la Escala de Aceptación Social por separado, no obstante el instrumento completo ha sido previamente empleado para estudiar la salud mental en adultos, la participación cívica

de adolescentes o para estudiar la salud mental de minorías étnicas o homosexuales (Albanesi, Cicognani y Zani, 2007; Blanco y Díaz, 2007; Kertzner, Meyer, Frost y Stirratt, 2009; Keyes, 2007). Tampoco tenemos constancia del uso de las escalas de bienestar social en muestras exclusivamente de personas mayores.

No obstante, este instrumento ha sido utilizado en muestras con un amplio rango de edad, en adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 87 años para estudiar la salud y la enfermedad mental o la relación entre salud mental y enfermedad cardiovascular (Keyes, 2004; Westerhof y Keyes, 2010). Asimismo en el estudio de validación del instrumento (Keyes, 1998) el rango de edad de la muestra estaba comprendido entre los 18 y los 74 años.

Con respecto a las propiedades psicométricas de estas dos escalas, en el estudio de adaptación del instrumento al contexto español, la Escala de Integración Social tenía una consistencia interna aceptable ($\alpha = .74$) y la Escala de Aceptación Social tenía una buena consistencia interna ($\alpha = .83$). En el presente estudio ambas escalas tenían buenas propiedades psicométricas (Escala de Integración Social $\alpha = .74$, Escala de Aceptación Social $\alpha = .88$).

Características de la red social

Las características de la red social evaluadas en la presente investigación fueron: composición, tamaño de la red social y el número de horas semanales que los participantes pasaban en compañía de las relaciones cercanas. Para evaluar las características de la red se utilizó una entrevista estructurada elaborada especialmente para esta investigación y que está basada en la entrevista utilizada en el estudio “A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores en España” (IMSERSO, 2006).

Composición y tamaño de la red social

La composición de la red fue evaluada mediante preguntas que indagaban sobre el número de familiares, número de amigos y amigos íntimos, vecinos y conocidos con los que tienen contacto. Para facilitarles la respuesta se le preguntaba si tenía contacto con los hijos, nietos, hermanos, padres, primos y cuñados.

Para obtener el tamaño de la red familiar se le preguntaba cuánto hijos, nietos, hermanos tenían y si alguno de sus padres vivía todavía. Para obtener el tamaño de la red de amigos se les preguntaba cuántos amigos y cuántos amigos íntimos tenían. Para obtener el tamaño de la red social total se sumaron el número total de familiares, amigos, amigos íntimos, conocidos y vecinos con los que tienen contacto.

Número de horas que pasaba en compañía de los integrantes de la red social

También se indagó sobre el número de horas semanales que los participantes pasaban en compañía de la familia, de los amigos y de los amigos íntimos utilizando las preguntas: “Cuántas horas semanales pasa usted en compañía de sus familiares” y “¿Cuántas horas semanales pasa usted en compañía de sus amigos?”. En el caso de la familia se preguntaba por separado sobre el número de horas semanales que pasaban con los hijos, nietos, hermanos y otros familiares. En el caso de los amigos se preguntaba por separado sobre el número de horas semanales que pasaban con amigos y con amigos íntimos.

Importancia de las relaciones sociales

La importancia otorgada a las relaciones sociales se evaluó mediante dos preguntas: “¿Cómo de importante es para usted la familia?” y “¿Cómo de importante son para usted los amigos?”. Los participantes podían contestar utilizando una escala de tipo Likert de cinco puntos (1=nada importante 5=muy importante). Estas preguntas también estaban integradas dentro de la entrevista estructurada diseñada en base al cuestionario utilizado en el estudio “A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores en España” (IMSERSO, 2006).

Satisfacción con las relaciones sociales

La satisfacción con las relaciones sociales se evaluó a través de dos preguntas: “¿Cómo de satisfecho/a se siente con respecto a la familia?” y “¿Cómo de satisfecho/a se siente con respecto a sus amigos/as?”. Los participantes podían contestar utilizando una escala de tipo Likert de diez puntos (1=nada satisfecho/a; 10=muy satisfecho/a).

Estas preguntas también estaban integradas dentro de la entrevista estructurada diseñada en base al cuestionario utilizado en el estudio “A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores en España” (IMSERSO, 2006).

5.4.7. Recursos personales

Para evaluar los recursos personales con los que contaban los participantes se utilizaron la escala de extraversión extraída del NEO-Five Factor Inventory (Costa y McCrae, 1992) y escala de optimismo Revised Life Orientation Test (LOT-R) (Scheier y Carver, 1985). A continuación se describe cada una de ellas.

Escala de Extraversión

Para medir la extraversión se utilizó la versión española de *la Escala de Extraversión* extraída del *NEO-Five Factor Inventory* (Costa y McCrae, 1991) que fue adaptada al contexto español por Costa y McCrae (1999). La escala está compuesta por doce ítems (ej. “Disfruto mucho hablando con la gente”) que miden diferentes facetas de la extraversión: asertividad, actividad, cordialidad, gregarismo, búsqueda de emociones y emociones positivas (McCrae y Costa, 1991). Los participantes tienen que indicar su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (0=totalmente en desacuerdo, 4= totalmente de acuerdo). Para obtener la puntuación se suman los doce ítems que conforman la escala.

Este instrumento también se ha utilizado en numerosos contextos, por ejemplo McCrae y Costa (2004) indican que se ha utilizado para predecir los trastornos de personalidad o para estudiar el desarrollo adulto, mostrando en la mayoría de los casos buenas propiedades psicométricas.

La escala de extraversión de la versión española del NEO-FFI tiene nivel altos de homogeneidad y consistencia interna (Manga, Ramos y Morán, 2004). En el estudio de adaptación el alfa de Cronbach fue de .81 y en el presente estudio el alfa fue de .82.

Dado el número de ítems que conforman esta escala consideramos que es adecuada para evaluar este rasgo de personalidad en personas mayores, así podemos evitar el cansancio a la hora de responder a las preguntas y asegurarnos de obtener el número de entrevistas necesarias.

Escala de Optimismo Revised Life orientation Test (LOT-R)

Esta escala es la versión revisada del Life Orientation Test (LOT-R) diseñada inicialmente por Scheier y Carver (1985). La versión revisada fue diseñada por Scheier et al. (1994) y fue adaptada al contexto español por Otero-López, Luego, Romero, Gómez y Castro (1998). Este instrumento está formado por diez ítems de los cuales seis miden optimismo/pesimismo (e.g. “En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor”) y los cuatro restantes son de relleno. De los seis ítems que miden optimismo/pesimismo, tres están redactados en positivo (ítems 1, 4, y 10) y tres están redactados en negativo (ítems, 3, 7 y 9) (Scheier, et al., 1994). Los participantes tienen que indicar su grado de acuerdo o desacuerdo utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (0= totalmente en desacuerdo 4= totalmente de acuerdo).

Antes de obtener la puntuación total en optimismo hay que invertir previamente los ítems tres, siete y nueve. La puntuación total en optimismo oscila entre cero y veinticuatro puntos, las puntuaciones más altas indicando un mayor nivel de optimismo (Lyrakos et al., 2010).

En su versión en inglés la escala LOT-R muestra buenas propiedades psicométricas, Scheier, et al. (1994) obtuvieron un alfa de Cronbach de .78. En los estudios que han utilizado la versión española del LOT-R el alfa de Cronbach oscila entre .67 y .78.

Por ejemplo, en el estudio de Jareño, del Paso, Martínez-Correa y León (2006) el alfa tenía un valor de .75, en el de Márquez-González et al. (2009) el alfa era de .73. Con respecto a los estudios que incluían en sus muestras personas mayores, Marrero y Carballeira (2010) encontraron que la consistencia interna del instrumento era más baja, concretamente .67. En el presente estudio el alfa de Cronbach del LOT-R fue de .70.

*Tabla 5.4.
Datos sobre la consistencia interna de los instrumentos de la tesis*

Escala	En el presente estudio	En el estudio de adaptación al contexto español
Escala de Satisfacción Vital	$\alpha = .81$	$\alpha = .77^*$ $\alpha = .84$
La Escala de Relaciones Positivas	$\alpha = .85$	$\alpha = .81$
Apoyo social global	$\alpha = .97$	$\alpha = .96$
Apoyo emocional/informacional	$\alpha = .91$	$\alpha = .94$
Apoyo afectivo	$\alpha = .84$	$\alpha = .86$
Apoyo tangible	$\alpha = .81$	$\alpha = .87$
Integración Social	$\alpha = .74$	$\alpha = .69$
Aceptación Social	$\alpha = .88$	$\alpha = .83$
Escala de Extraversión	$\alpha = .82$	$\alpha = .81$
Escala de Optimismo	$\alpha = .70$	$\alpha = .79$

*α - El índice de fiabilidad alfa de Cronbach; * El índice de fiabilidad de la adaptación española de la Escala de Satisfacción Vital en su validación para personas mayores.*

CAPÍTULO 6:

RESULTADOS

6.1. Descripción de la muestra: estado de salud, relaciones sociales, personalidad y satisfacción vital

En este primer apartado se pretende describir las principales características de los participantes con respecto a su estado de salud, la relaciones sociales y las puntuaciones medias obtenidas en extraversión, optimismo y en satisfacción vital.

6.1.1. Estado de salud de los participantes

Con respecto al estado de salud el 79% de los participantes indicaron tener una o más enfermedades mientras que el 21% indicó no tener ninguna enfermedad o problema de salud. Lo más común fue que los participantes informaran de tres enfermedades. Posteriormente se crearon tres grupos de participantes utilizando el procedimiento de tertiles. Así el 33% de los participantes informó que no tenían ninguna enfermedad o tener menos de tres enfermedades, el 37.2% de los participantes afirmó tener tres o cuatro enfermedades y el 29.8% informó tener cinco o más enfermedades o problemas de salud.

Tal y como lo muestra la tabla 6.1, las enfermedades o problemas de salud más frecuentes que tenían los participantes eran los problemas visuales (56%), hipertensión arterial (42%) y enfermedades reumáticas (41%). Asimismo el 47.5% de los participantes indicaron tener al menos alguna limitación para la realización de actividades de la vida diaria debido a los problemas de salud.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Al preguntar a los participantes en qué actividades concretas tenían dificultades pudimos comprobar que el 34% tenía dificultades para realizar actividades domésticas, el 31% tenía dificultades para realizar la compra, el 24% tenía ciertas limitaciones para andar y el 23% tenía dificultades para usar el transporte público.

Tabla 6.1.

Problemas de salud y enfermedades de los participantes

Hipertensión arterial	42%
Hipercolesterolemia	24%
Infarto agudo de miocardio	3%
Otras enfermedades de corazón	17%
Enfermedades vasculares	21%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2%
Otras enfermedades pulmonares	2%
Bronquitis crónica/Asma	4%
Alergia crónica	.5%
Diabetes	16%
Problemas y enfermedades gastrointestinales	15%
Catarata/ Glaucoma/ otras enfermedades relacionadas con la vista	56%
Problemas de audición	36%
Enfermedades de la piel	1%
Enfermedades neurológicas (Parkinson, Epilepsia, etc.)	3%
Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales	6%
Migraña o dolores crónicos de cabeza	1%
Tumores malignos	5%
Osteoporosis	20%
Enfermedades reumáticas/arthritis	41%
Dolores crónicos de espalda	12%
Anaemia	0.2%
Enfermedades endocrinas	15%
Problemas y enfermedades genitourinarias	15%
Problemas derivadas de la menopausia (solo en mujeres)	0.2%
Otros problemas de salud	10%

Con respecto al estado percibido de salud, más de la mitad de los participantes indicaron que su estado de salud era bueno (53%) mientras que el 37% consideraba que su estado de salud era regular y el 10% indicó que su estado de salud era malo o muy malo.

6.1.2. Recursos sociales de los participantes: red social, apoyo social e integración social

A continuación se describirán la red social, el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red sociales, el apoyo social percibido, la satisfacción con las relaciones sociales, la integración y la aceptación social.

6.1.2.1. Red social: composición, frecuencia de contacto y tiempo dedicado a la interacción social

De media los participantes tenían una red social formada por 86.77 personas ($DT=43.56$) de los cuales de media 27.03 eran familiares ($DT=13.74$), 18.78 eran amigos ($DT=16.68$) y 40.95 eran conocidos y vecinos ($DT=30.52$).

Lo más común en esta muestra era que los participantes tuvieran 2 hijos, 1 nieto, 2 hermanos y que tuvieran relación con otros 15 familiares. De media los participantes pasaban alrededor de 12.41 horas semanales en compañía de la familia ($DT=13.82$), de las cuales 7.23 horas ($DT=7.26$) las pasaban en compañía de sus hijos, 4.96 ($DT=6.58$) las pasaban con los nietos, 2.25 horas ($DT=5.18$) con los hermanos y menos de una hora en compañía de otros familiares.

Con respecto a las relaciones de amistad hay que distinguir entre amigos que los participantes consideraban cercanos o íntimos y a los que no. De media los participantes tenían 4.26 ($DT=4.87$) amigos íntimos y una media de 14.53 ($DT=14.61$) personas a las que consideraban solamente amigas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

De media los participantes pasaban unas 10.64 horas semanales en compañía de amigos o amigas ($DT= 11.08$), de las cuales 6.38 horas ($DT=6.09$) las pasaban en compañía de amigos íntimos y 4.26 horas ($DT=6.09$) estaban en compañía de personas a las que las describían como amigas pero con las que no la relación de amistad íntima.

6.1.2.2. Apoyo social, satisfacción con las relaciones sociales, importancia de las relaciones sociales, aceptación e integración social

En la tabla 6.2 aparecen las medias y las desviaciones típicas de los diferentes tipos de apoyo social, la satisfacción con la familia, con los amigos, la función familiar, la valoración subjetiva de las relaciones sociales, la integración y la aceptación social.

Tabla 6.2.
Estadísticos descriptivos de las variables que miden relaciones sociales

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Apoyo emocional	1.10	4.50	4.04	0.63
Apoyo afectivo	1.40	5.00	4.30	0.83
Apoyo tangible	1.00	5.00	4.20	1.02
Apoyo social global	24.00	95.00	83.35	12.77
APGAR función familiar	0.00	2.40	2.02	.75
Valoración subjetiva de las relaciones sociales	1.00	6.00	4.77	1.17
Satisfacción con la familia	1.00	10.00	8.71	1.92
Satisfacción con los amigos	1.00	10.00	8.26	1.80
Integración social	1.00	5.00	4.32	.69
Aceptación social	1.00	5.00	2.55	1.01

Con respecto al apoyo emocional, el 9.4% de los participantes obtuvieron una puntuación por debajo del percentil 10, el 13.5% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 24.1% puntuaron por debajo del percentil 50 mientras que el 53% restante obtuvieron puntuaciones por encima del percentil 50. En el caso del apoyo afectivo el 8.9% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 11.1% puntuaron por debajo del percentil 25, el 24.3% puntuaron por debajo del percentil 50 y el 53.7% puntuaron por encima del percentil 50. Con respecto al apoyo tangible el 8.1% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 13.3% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 26.9% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50 y el 51.7% restantes alcanzaron puntuaciones por encima del percentil 50. En relación al apoyo global percibido, el 9.6% de los participantes sacaron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 14.3% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 25, las puntuaciones obtenidas por el 24.9 % de los participantes superaban el percentil 25 pero no alcanzaban el percentil 50 y el 51% de los participantes alcanzaron puntuaciones por encima del percentil 50.

En lo que concierne las puntuaciones obtenidas por los participantes en APGAR familiar, el 8.6% de ellos obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 15% no alcanzaron el percentil 25%, el 13.1% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50 y el 44.8% obtuvieron puntuaciones por encima del percentil 50. Con respecto a la valoración subjetiva de las relaciones sociales, el 9.6% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10 y el 15.3% sacaron puntuaciones por debajo del percentil 25. Mientras tanto las puntuaciones obtenidas por el 19.9% de los participantes se situaban por debajo del percentil 50, el 29.8% alcanzaban puntuaciones por debajo del percentil 75 y el 15.5% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 90.

En relación a la satisfacción con las relaciones familiares el 8.3% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 9.0% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 31.3% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50 y el 51.4% de los participantes alcanzaron puntuaciones por encima del percentil 50.

En el caso de la integración social el 7.9% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 16.1% sacaron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 26% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50, el 25.5% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 75 y el 24.5% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 90.

Por último, con respecto a la variable aceptación social ningún participante obtuvo puntuación por debajo del percentil 10, mientras que 19.2% de los participantes obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 30.8% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50, el 25.1% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 75 y el 24.9% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 90.

6.1.3. Recursos personales: extraversión y optimismo

Con respecto al rasgo extraversión los participantes obtuvieron una puntuación media de 2.34 ($DT= 0.73$). El 8.5% de los participantes obtuvieron puntuaciones medias en extraversión por debajo del percentil 10, el 14% sacaron puntuaciones por debajo del percentil 25, el 26.8% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50, el 24.2% de los participantes alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 75 y el 13.8% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 90. Por último, el 12.7% obtuvieron puntuaciones por encima del percentil 90.

En lo que concierne la característica de personalidad optimismo, los participantes alcanzaron una puntuación media de 2.80 ($DT=0.72$). El 8.6% de los participantes sacaron puntuaciones por debajo del percentil 10, el 10.9% de los participantes puntuaron por debajo del percentil 25, el 23.2% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 50, el 28.9% obtuvieron puntuaciones por debajo del percentil 75, mientras que el 14.8% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 90 y el 13.6% alcanzaron puntuaciones por encima del percentil 90.

6.1.4. La satisfacción vital de los participantes

Con respecto a la satisfacción con la vida los participantes obtuvieron una puntuación media de 3.84 ($DT=0.77$). El 8.4% obtuvieron puntuaciones medias por debajo del percentil 10, el 13.8% sacaron puntuaciones medias por debajo del percentil 25, el 22% sacaron puntuaciones por debajo del percentil 50, el 27.1% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 75, el 16.1% alcanzaron puntuaciones por debajo del percentil 90 y el 12.8% alcanzaron puntuaciones por encima del percentil 90. El gráfico 6.1 ilustra las puntuaciones medias para cada uno de los percentiles mencionados anteriormente.

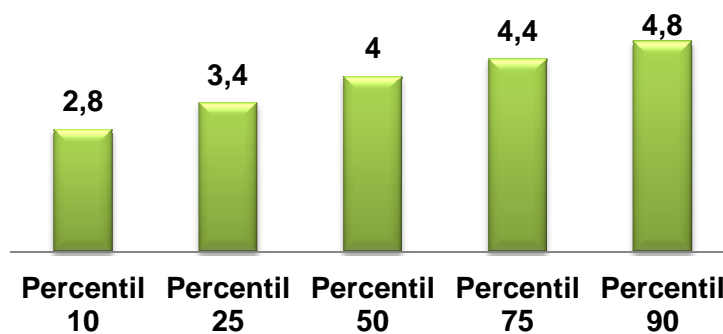


Gráfico 6.1. Puntuaciones medias en satisfacción vital de los participantes expresadas en percentiles

6.2. La satisfacción vital y su relación con los recursos psicosociales

El objetivo de este apartado es determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital en función de las características sociodemográficas, en función del estado de salud y si existen asociaciones estadísticamente significativas entre satisfacción vital, las relaciones sociales y las características de personalidad. A continuación se presentan los resultados para cada grupo de variable.

6.2.1. Características sociodemográficas y satisfacción vital de los participantes

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital en función del género ($t(354.38)=3.54, p<.001, d=0.36$). Los hombres ($M=4.01, DT=0.72$) obtuvieron puntuaciones ligeramente más altas que las mujeres ($M=3.74, DT=0.80$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital en función del tipo de convivencia ($t(403)=-2.68, p<.01, d=-0.27$). Los participantes que indicaron vivir en compañía de otras personas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en satisfacción vital ($M=3.92, DT=0.76$) que los que vivían solos ($M=3.71, DT=0.78$).

Asimismo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital en función del estado civil ($F(3)=3.40, p<.05, \eta^2 \text{ parcial}=.03$). Al realizar la prueba post-hoc con la prueba de Tukey se encontró que los casados ($M=3.92, DT=0.80$) puntuaban significativamente más alto que los divorciados ($M=3.43, DT=.83$) ($p<.05$). En cuanto a la relación entre edad y satisfacción vital existe una correlación positiva entre ambas variables ($r=.17, p<.01$).

6.2.2. Recursos socioeconómicos y satisfacción vital

En relación al impacto del estatus socioeconómico en la satisfacción vital de los participantes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital en función del nivel de estudios ($F(3)=.87, p >.05, \eta^2 \text{ parcial}=.006$) o del grado de cualificación de la profesión desempeñada antes de jubilarse ($F(2)=.82, p >.05, \eta^2 \text{ parcial}=.004$). Tampoco se encontró asociación entre el nivel de ingresos y la satisfacción vital ($r=.09, p >.05$). En cambio al realizar correlaciones bivariadas se encontró que la satisfacción con la situación económica actual correlacionaba positivamente con la satisfacción vital ($r=.17, p<.001$).

6.2.3. El estado de salud y la satisfacción vital

Referente al impacto del estado de salud en la satisfacción vital se encontraron diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital en función del número de enfermedades ($F(2)=4.02$, $p<.05$, η^2 parcial= 0.02). Al realizar las pruebas post-hoc con la prueba de Tukey se halló que las personas mayores que no tenían ninguna enfermedad o que tenían menos de tres enfermedades eran las que obtuvieron las puntuaciones más altas en satisfacción vital ($M=3.98$, $DT= 0.66$), mientras que los participantes que indicaron padecer entre tres y cinco enfermedades ($M=3.80$, $DT= 0.74$) obtuvieron puntuaciones ligeramente más bajas y los participantes que afirmaron padecer seis o más enfermedades obtuvieron las puntuaciones más bajas en satisfacción con la vida ($M=3.68$, $DT= 0.09$). Además la diferencia entre las puntuaciones en satisfacción vital del grupo con menos de tres enfermedades o ninguna y el grupo de participantes con seis o más enfermedades era estadísticamente significativa ($p<.05$).

En relación a cada enfermedad y su asociación con la satisfacción vital, se encontró que las enfermedades vasculares ($t(402)= 2.07$, $p<.05$, $d = 0.24$), las gastrointestinales ($t(402)= 2.33$, $p<.05$, $d = 0.28$), los trastornos del estado de ánimo ($t(402)= 2.30$, $p<.05$, $d = 0.46$) y padecer migrañas ($t(402)= 2.33$, $p<.05$, $d = 0.83$) se asociaban a diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital. Los participantes que apuntaron padecer enfermedades vasculares ($M=3.68$, $DT= 0.88$) estaban menos satisfechos con sus vidas que los que indicaron no padecerlas ($M= 3.88$, $DT= 0.74$). Del mismo modo, los participantes que informaron tener enfermedades gastrointestinales ($M= 3.64$, $DT= 0.86$) puntuaron significativamente más bajo en satisfacción con la vida que los que apuntaron no sufrirlas ($M= 3.88$, $DT= 0.77$).

Las personas que indicaron tener algún trastorno del estado de ánimo ($M= 3.50$, $DT= 0.82$) también obtuvieron puntuaciones más bajas en satisfacción con la vida en comparación con los que indicaron no tener dichos trastornos ($M= 3.87$, $DT= 0.77$). Del mismo modo, los que comunicaron padecer de migrañas ($M=2.95$, $DT=1.32$) obtuvieron puntuaciones más bajas en satisfacción en comparación con los que no mencionaron este problema de salud ($M= 3.85$, $DT= .76$).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

En cambio padecer artrosis se asoció con diferencias en satisfacción vital que rozaban la significatividad ($t(402) = 2.33, p = .05, d = 0.19$). Mientras tanto, padecer enfermedades cardíacas, respiratorias, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, tener problemas visuales, auditivos u otras enfermedades no se asociaba a diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida.

Por otro lado, la satisfacción vital variaba ($t(253.628) = 4.217, p < .001, d = 0.44$) en función de la presencia de limitaciones para la realización de actividades diarias. Los participantes con limitaciones puntuaron significativamente más bajo en satisfacción vital ($M = 3.66, DT = 0.80$) que los participantes que no tienen limitaciones ($M = 4.02, DT = 0.83$).

Del mismo modo, la media en la satisfacción vital varió ($F(2) = 19.56, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = 0.09$) según la evaluación que los participantes hicieron del estado propio de salud. Las personas mayores que valoraban positivamente el estado propio de salud puntuaban significativamente más alto en satisfacción con la vida ($M = 4.04, DT = 0.77$) que los que indicaron que su estado de salud era regular ($M = 3.70, DT = 0.68$) o malo ($M = 3.36, DT = 0.91$) (ver gráfico 6.2).

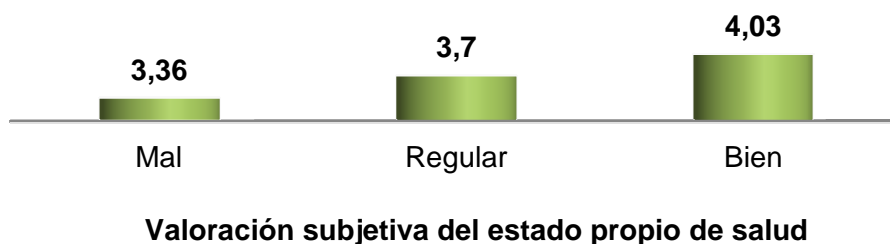


Gráfico 6.2. Puntuación en la satisfacción con la vida en función de la valoración subjetiva del estado propio de salud

6.2.4. Recursos sociales y satisfacción vital

Tal y como muestra la tabla 6.3 todas las variables que medían recursos sociales correlacionaban positivamente con la satisfacción vital. Las correlaciones encontradas entre la satisfacción vital y las variables que medían la red social, tales como número total de personas que componen la red social, el número de familiares y de amigos y el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red son pequeñas. Asimismo la asociación entre la satisfacción vital y la aceptación social fue pequeña también (ver tabla 6.3).

En cambio, las asociaciones encontradas entre satisfacción vital y APGAR función familiar, evaluación subjetiva de las relaciones sociales, satisfacción con la familia, satisfacción con los amigos, apoyo emocional, apoyo afectivo, apoyo tangible e integración social eran moderadas (ver tabla 6.3).

6.2.5. Recursos personales y satisfacción vital

Tanto la extraversión ($r=.31$, $p<.001$) como el optimismo ($r=.42$, $p<.001$) correlacionaban positivamente con la satisfacción vital. Ambas características de personalidad correlacionaban moderadamente con la satisfacción vital, aunque la asociación entre optimismo y satisfacción vital fue más alta.

Tabla 6.3.
Correlaciones entre diferentes aspectos de las relaciones sociales y la satisfacción vital

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Red social total	-														
2. N° de familiares	.53**	-													
3. N° de amigos	.60**	.17**	-												
4. Horas semanales que pasa con la familia	.15**	.13**	.05	-											
5. Horas semanales que pasa con los amigos	.16*	.06	.27**	-.02	-										
6. APAGAR familiar	.16**	.25**	.09	.21**	.05	-									
7. Evaluación subjetiva de las relaciones sociales	.34**	.21**	.35**	.11*	.21**	.40**	-								
8. Satisfacción con la familia	.19**	.18**	.11*	.19**	.06	.67**	.31**	-							
9. Satisfacción con los amigos	.18**	.07	.21**	.09	.13**	.24**	.41**	.31**	-						
10. Apoyo emocional	.22**	.22**	.17**	.11*	.15**	.53**	.57**	.37**	.39**	-					
11. Apoyo afectivo	.32**	.25**	.29**	.20**	.12*	.57**	.61**	.48**	.39**	.73**	-				
12. Apoyo tangible	.15**	.10*	.13*	.15**	.02	.39**	.23**	.28**	.12*	.36**	.35**	-			
13. Integración social	.27**	.15**	.21**	.03	.21**	.27**	.53**	.24**	.32**	.44**	.41**	.11*	-		
14. Aceptación social	.18**	.09	.17**	-.03	.07	.25**	.35**	.17**	.23**	.20**	.25**	.06	.20**	-	
15. Satisfacción vital	.29**	.17**	.25**	.16**	.14**	.42**	.34**	.42**	.33**	.39**	.41**	.31**	.28**	.19**	-

Nota: (N=406); los coeficientes de correlación $|r| \geq .09$ eran significativos cuando $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$ (bilateral).

6.3. La influencia conjunta de los recursos sociales y personales, la salud y los recursos socioeconómicos

Se comprobó que los datos cumplían los supuestos de independencia (Durbin-Watson=1.969), de normalidad y linealidad y de no colinealidad (los niveles de tolerancia se encontraban por encima de 0.1 y los factores de inflación de la varianza no se encontraban por encima de 10). En cambio, el supuesto de homocedasticidad no se cumplió.

La tabla 6.4 muestra los resultados del análisis de regresión múltiple llevado a cabo para predecir la satisfacción vital. Se utilizó el método introducir y se construyeron varios modelos en pasos sucesivos. El primer modelo, que incluía los recursos personales extraversión y optimismo, fue significativo ($F(2,386)=51.99, p<.001$) y explicaba un 21% de la varianza en satisfacción con la vida. Ambos predictores eran significativos (ver tabla 6.4). El modelo, dos, que incluía los recursos personales y los recursos sociales también fue significativo ($F(11,377)=21.83, p<.001$). En este modelo la extraversión dejaba de ser un predictor significativo. En cambio el optimismo, el número de horas semanales que los participantes pasan con los integrantes de la red, el apoyo social y la satisfacción con los amigos y con la familia eran significativos. Al mismo tiempo el tamaño de la red, la función desempeñada por la familia, la evaluación subjetiva de las relaciones sociales y la aceptación y la aceptación social no predecían la satisfacción vital de los participantes (ver tabla 6.4). El modelo dos explicaba el 37% de la varianza en satisfacción vital. De todas las variables incluidas en este modelo el optimismo fue el predictor más fuerte seguido del apoyo social y de la satisfacción con las relaciones familiares.

El modelo tres incluía los recursos personales, los recursos sociales y el estado de salud. Este modelo también fue significativo ($F(14, 374)=19.67, p<.001$). De todas las variables incluidas en este modelo el optimismo, el número de horas semanales que los participantes pasan con los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con la familia y con los amigos, la salud subjetiva y las limitaciones funcionales eran significativas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

De nuevo el optimismo era el predictor más fuerte de todos los incluidos en este modelo. El modelo tres explicaba el 40% de la varianza en satisfacción con la vida de la cual solo el 3.5 % se debía al estado percibido de salud y a las limitaciones funcionales (ver tabla 6.4).

Por último el modelo cuatro incluía los recursos personales, los recursos sociales, el estado de salud, la satisfacción con el nivel de ingresos y las características socio-demográficas. Este modelo fue significativo ($F(19, 369)=19.67, p<.001$). En este modelo la satisfacción vital era predicha por el optimismo, el número de horas semanales que los participantes pasan con los integrantes de la red, la satisfacción con la familia y con los amigos, las limitaciones funcionales, la satisfacción con el nivel de ingresos y la edad. Mientras tanto el apoyo social percibido y la salud subjetiva dejaban de predecir la satisfacción vital de los participantes. El optimismo se mantenía como el predictor más fuerte. Este modelo explicaba el 44% de la varianza en satisfacción vital y solo un 4% se debía a la evaluación del nivel de ingresos y a la edad.

Tabla 6.4.
Resultados de la regresión múltiple de los recursos psicosociales prediciendo la satisfacción vital

	B	EE	β	t	Coeficiente Bootstrap	Bootstrap IC	
						Límite Inferior	Límite Superior
Modelo 1							
Constante	2.33	.17		15.3	2.33**	2.005	2.675
Extraversión	.16	.05	.15**	3.05	.16**	0.047	.261
Optimismo	.40	.06	.38***	7.55	.40**	0.286	.522
$R^2=.21$, R^2 corregida=.21							
	B	EE	β	t	Coeficiente Bootstrap	Límite Inferior	Límite Superior
Modelo 2							
Constante	.71	.34		2.71	.72*	.041	1.382
Extraversión	.09	.05	.09	1.88	.09	-.015	.185
Optimismo	.24	.05	.23***	4.84	.25**	.138	.349
Tamaño de la red	.002	.001	.09	1.90	.002	.000	.003
Horas que pasa con la red social	.004	.002	.11**	2.44	.004*	.001	.008
Apoyo social percibido	.17	.08	.15*	2.48	.17*	.024	.328
APGAR función familiar	.13	.09	.09	1.48	.13	-.061	.305
Relaciones positivas	-.02	.04	-.03	-.46	-.02	-.099	.060
Integración social	.001	.01	.004	.07	.004	-.023	.024
Aceptación social	.000	.01	.003	.08	.003	-.011	.012
Satisfacción con las relaciones familiares	.06	.03	.15**	2.66	.06*	.010	.117
Satisfacción con las relaciones de amistad	.06	.02	.13**	2.73	.06*	.010	.101
$R^2=.38$, R^2 corregida=.37; cambio $R^2=.17$ ***							
	B	EE	β	t	Coeficiente Bootstrap	Límite Inferior	Límite Superior
Modelo 3							
Constante	.63	.31		2.02	.63	.380	1.728
Extraversión	.09	.05	.09	1.86	.09	-.015	.185
Optimismo	.23	.05	.22***	4.62	.23	.116	.329
Tamaño de la red	.001	.001	.07	1.76	.001	-.005	.003
Horas que pasa con la red social	.005	.002	.11**	2.69	.005	.001	.008
Apoyo social percibido	.16	.07	.13*	2.32	.16	.025	.321
APGAR función familiar	.09	.09	.06	1.10	.09	-.079	.276
Relaciones positivas	-.02	.03	-.03	-.59	-.02	-.103	.050
Integración social	-.02	.005	-.02	-.44	-.02	-.028	.021
Aceptación social	-.02	.03	-.02	.51	-.02	-.014	.009
Satisfacción con las relaciones familiares	.07	.02	.17**	2.99	.08	.015	.118
Satisfacción con las relaciones de amistad	.06	.02	.14**	3.15	.06	.016	.107
Salud subjetiva	.15	.06	.13**	2.38	.15	.028	.267
Número de enfermedades	.02	.02	.06	1.27	.02	-.010	.058
Limitaciones funcionales	-.20	.08	-.13*	-2.41	-.20	-.356	-.042
$R^2=.42$, R^2 corregida=.40, cambio $R^2=.035$ ***							

Nota: N=406; B- coeficiente no estandarizado; EE= error estándar; β = coeficiente estandarizado; IC- Intervalos de confianza; los coeficientes de regresión eran significativos cuando $p < .05$ *; $p < .01$ **; $p < .001$ ***; Los IC Bootstrap que contengan cero se interpretan como no significativos
Análisis de regresión múltiple basado en 1.000 remuestreos.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Tabla 6.4

Resultados de la regresión múltiple de los recursos psicosociales prediciendo la satisfacción vital (continuación)

	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>Coficiente Bootstrap</i>	<i>Bootstrap IC Límite inferior</i>	<i>Límite Superior</i>
Modelo 4							
Constante	-.41	.49		-.83	-.41	-1.030	.921
Extraversión	.08	.04	.07	1.70	.08	-.015	.168
Optimismo	.22	.05	.21***	4.60	.2	.117	.331
Tamaño de la red	.001	.001	.06	1.55	.001	-.001	.003
Horas que pasa con la red social	.005	.002	.11*	2.57	.005	.001	.008
Apoyo social percibido	.13	.07	.11	1.86	.13	.001	.296
APGAR función familiar	.08	.08	.06	.94	.08	-.116	.249
Relaciones positivas	-.02	.04	-.03	-.50	-.02	-.099	.053
Integración social	.006	.05	.005	.12	.006	-.022	.027
Aceptación social	.006	.03	.008	.17	.006	-.011	.013
Satisfacción con las relaciones familiares	.05	.02	.13*	2.44	.05	.003	.108
Satisfacción con las relaciones de amistad	.05	.02	.12**	2.64	.05	.013	.097
Salud subjetiva	.11	.06	.09	1.78	.11	-.260	.003
Número de enfermedades	.02	.02	.05	1.14	.02	-.017	.057
Limitaciones funcionales	-.19	.07	-.13*	-2.50	-.20	-.350	-.022
Satisfacción con el nivel de ingresos	.06	.02	.15***	3.62	.06	.016	.095
Edad	.01	.005	.12**	3.01	.01	.004	.025
Sexo	-.10	.005	-.06	1.36	-.10	-.265	.071
Estado civil	.02	.09	.01	.17	.02	-.225	.164
Convivencia	.02	.09	.02	-.23	.02	-.159	.182

$R^2=.46$, R^2 corregida= .44 cambio $R^2=.04$ ***

Nota: N=406; *B*- coeficiente no estandarizado; *EE*= error estándar; β = coeficiente estandarizado; *IC*- Intervalos de confianza; los coeficientes de regresión eran significativos cuando $p < .05$ *; $p < .01$ **;
 $p < .001$ ***; los *IC Bootstrap* que contengan cero se interpretan como no significativos; Análisis de regresión múltiple basado en 1.000 remuestros

Dado que no se cumplía el supuesto de homocedasticidad, se utilizó la opción bootstrap, tal y como lo recomienda Field (2013) y se volvió a realizar el análisis de regresión pero esta vez con 1000 replicaciones de los datos originales. Los coeficientes de regresión bootstrap junto con los intervalos de confianza generados aparecen en la tabla 6.4.

6.4. La relación entre los recursos sociales y los recursos personales

En la tabla 6.5 aparecen las correlaciones entre extraversión y las diferentes variables que miden los recursos sociales y entre optimismo y las diferentes variables que miden los recursos sociales.

Con respecto a las asociaciones entre extraversión y recursos sociales, tal y como lo ilustra la tabla 6.5, este rasgo de personalidad correlacionaba positivamente tanto con los aspectos estructurales como con los elementos funcionales de las relaciones sociales. Así la extraversión se asociaba positivamente con el número de personas que componen la red, con el número de familiares y de amigos y con el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de sus amigos. Excepto la correlación encontrada entre el número de personas que componen la red y la extraversión que era moderada, las demás correlaciones eran bajas (ver tabla 6.5).

Además la extraversión correlacionaba positivamente con la función familiar, con la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, con la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos, con el apoyo emocional y con el afectivo así como con la integración y con la aceptación social. Todas estas correlaciones eran bajas (ver tabla 6.5). En cambio la extraversión no correlacionaba con el apoyo tangible y con el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de la familia.

En lo que concierne la asociación entre optimismo y recursos sociales también se encontraron correlaciones positivas. El optimismo estaba positivamente y levemente asociado con el número total de personas que componen la red social, el número de familiares y amigos con los que tiene contacto y con el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de sus amigos (ver tabla 6.5).

El optimismo también correlacionaba positivamente con la función familiar, con la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, con la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos, con todos los tipos de apoyo social y con la integración y con la aceptación social.

Tabla 6.5.
Correlaciones entre los recursos sociales y los recursos personales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Red social total	-															
2. Nº de familiares	.53**	-														
3. Nº de amigos	.60**	.17**	-													
4. Horas semanales que pasa con la familia	.15**	.13**	.05	-												
5. Horas semanales que pasa con los amigos	.13*	.06	.27**	-.02	-											
6. APAGAR función familiar	.16**	.25**	.09	.21**	.05	.40**	-									
7. Relaciones Positivas	.34**	.21**	.35**	.11*	.21**	.67**	.31**	-								
8. Satisfacción con la familia	.19**	.18**	.11*	.19**	.06	.24**	.41**	.32**								
9. Satisfacción con los amigos	.18**	.07	.21**	.09	.13**	.53**	.57**	.37**	-							
10. Apoyo emocional	.22**	.22**	.17**	.11*	.15**	.57**	.61**	.48**	.39**	-						
11. Apoyo afectivo	.32**	.25**	.29**	.20**	.12*	.39**	.23**	.28**	.39**	.74**	-					
12. Apoyo tangible	.15**	.10*	.13*	.15**	.02	.27**	.52**	.24**	.12*	.36**	.35**	-				
13. Integración social	.27**	.15**	.21**	.03	.21**	.25**	.35**	.17**	.32**	.44**	.42**	.11*	-			
14. Aceptación social	.18**	.09	.16**	-.03	.07	.16**	.33**	.15**	.23**	.20**	.25**	.06	.20**	-		
15. Extraversión	.30**	.18**	.25**	-.00	.14**	.27**	.31**	.26**	.23**	.24**	.29**	.09	.23**	.15**	-	
16. Optimismo	.22**	.16**	.17**	.02	.13**	.40**	.31**	.32**	.23**	.37**	.33**	.17**	.31**	.21**	.42**	-

Nota: (N=406); los coeficientes de correlación $|r| \geq .09$ eran significativos cuando $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$ (bilateral).

Excepto las correlaciones entre optimismo y satisfacción con los amigos y entre optimismo y apoyo tangible que eran bajas, las correlaciones con los otros tipos de apoyo social y con las demás variables que miden el aspecto funcional de las relaciones sociales eran moderadas (ver tabla 6.5).

Además de las correlaciones presentadas en la tabla 6.5, también se comprobó si había algún tipo de relación entre las dos variables de personalidad incluidas y la importancia otorgada a las relaciones con la familia y a las relaciones con los amigos. Pudimos comprobar que existía una correlación baja entre extraversión e importancia otorgada a las relaciones de amistad ($r=.11, p<.05$) y entre optimismo e importancia otorgada a las relaciones con la familia ($r=.12, p<.05$). En cambio la extraversión no correlacionaba con la importancia otorgada a las relaciones familiares ($r=.09, p>.05$) y el optimismo no correlacionaba con importancia otorgada a las relaciones de amistad ($r=.04, p>.05$).

Al distinguir entre amigos íntimos y amigos se halló que la correlación entre extraversión y amigos expuesta en la tabla 6.5 seguía siendo .22 para ambos casos ($r=.22, p<.01$). En cambio el optimismo solo correlacionaba positivamente con el número de amigos ($r=.17, p<.001$) mientras que no se asociaba con el número de amigos íntimos ($r=.09, p>.05$).

También se realizaron correlaciones distinguiendo entre número de horas semanales en compañía de los amigos y entre número de horas semanales en compañía de amigos íntimos. Se encontró que la extraversión estaba positivamente asociada con el número de horas semanales que los participantes pasaban en compañía de los amigos íntimos ($r=.17, p<.01$) pero no con el número de horas pasadas en compañía de los amigos ($r=.07, p>.05$). De modo similar el optimismo correlacionaba positivamente con el número de horas semanales que los participantes pasaban en compañía de los amigos íntimos ($r=.13, p<.01$) pero no con el número de horas pasadas en compañía de los amigos ($r=.09, p>.05$).

6.5. Resultados de los análisis de mediación múltiple

A continuación se presentan los resultados de los diferentes análisis de mediación múltiple llevados a cabo para analizar el efecto indirecto de la extraversión y del optimismo en la satisfacción vital. También se presentarán los resultados de estos mismos análisis para los participantes sin limitaciones funcionales y para los que tenían limitaciones funcionales.

6.5.1. Los recursos sociales como explicación de la asociación entre extraversión y satisfacción vital

En primer lugar se exploró el modelo 1 en el cuál se integraron los siguientes mediadores: número de amigos, número de amigos íntimos, número de horas que pasa en compañía de los amigos y de los amigos íntimos, importancia otorgada a la amistad, apoyo emocional, apoyo afectivo, apoyo tangible y satisfacción con las relaciones de amistad. En la figura 6.1 aparece el modelo de mediación múltiple 1.

Al realizar el análisis de mediación múltiple en 5000 remuestreos a través de intervalos bootstrap a un nivel de confianza del 95% (Preacher y Hayes, 2008) se encontró que todas las vías desde extraversión hasta las variables mediadoras propuestas eran significativas ($a1$, $a2$, $a4$, $a5$, $a6$, $a7$ y $a9$) a excepción de las vías que iban desde la extraversión al número de horas que pasa con los amigos no considerados íntimos ($a3$) y a la que iba hacia al apoyo social instrumental ($a8$) (ver tabla 6.6).

Con respecto a las vías que iban desde los mediadores hasta la satisfacción vital solo las que iban desde apoyo social afectivo ($b7$), apoyo tangible ($b8$) y satisfacción con los amigos ($b9$) eran significativos mientras que las vías que iban desde número de amigos, número de amigos íntimos, horas que pasa con los amigos, horas que pasa con los amigos íntimos, importancia otorgada a las relaciones de amistad y el apoyo emocional ($b1$ - $b7$) no eran significativos (ver tabla 6.6).

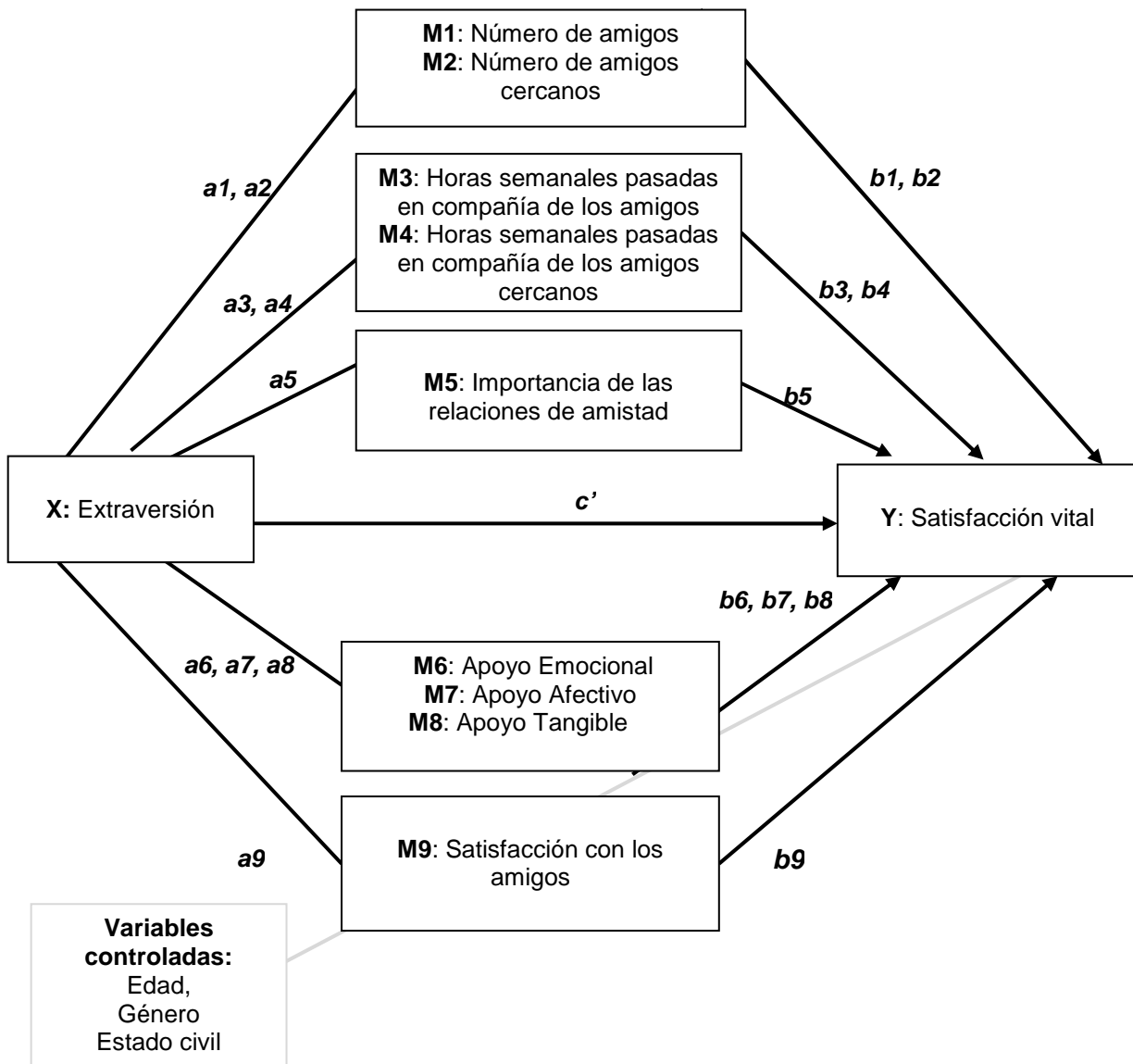


Figura 6.1. Modelo hipotético 1 de la relación entre extraversión y satisfacción vital. Los coeficientes $\{a_i\}$ y $\{b_i\}$ son los coeficientes de la vía indirecta para el efecto de X en M y de M en Y. El coeficiente c' hace referencia a la vía directa entre X e Y.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Asimismo el análisis de mediación múltiple mostró que al controlar el efecto de la edad ($B=.06$, $EE =.02$, $p<.05$), del sexo ($B=-.81$, $EE=.41$, $p=.05$) y del estado civil ($B=.24$, $EE = .19$, $p=.19$) tanto el efecto total de la extraversión en la satisfacción vital (c) ($B=.13$, $EE =.02$, $p< .001$), como el efecto directo de la extraversión cuando se controla el efecto de los mediadores (c') ($B=.07$, $EE=.02$ $p< .001$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total.

Los análisis mostraron que el efecto total indirecto de la extraversión en la satisfacción vital a través de los mediadores propuesto era significativo (punto de estimación .0584, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0363, límite superior= .0859). Con respecto al efecto indirecto específico asociado a cada mediador, se halló que el efecto indirecto total estaba determinado por el efecto del apoyo afectivo (punto de estimación .0167, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0021, límite superior= .0372) y de la satisfacción con los amigos (punto de estimación .0211, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0096, límite superior= .0387), mientras que el efecto de los demás mediadores no era significativo ya que el intervalo de confianza contenía el cero (ver tabla 6.6).

La proporción del efecto total de la extraversión en la satisfacción vital del efecto indirecto de los mediadores fue de 44. El modelo propuesto explicaba el 30.64 % de la varianza en satisfacción vital siendo el porcentaje de varianza debido a los mediadores de 13.48.

Para determinar si existían otras variables sociales que mediase la asociación entre extraversión y satisfacción vital se construyó un modelo de mediación múltiple alternativo, el modelo 2. En el segundo modelo se reemplazó la importancia otorgada a las relaciones de amistad por la integración y la aceptación social y el apoyo tangible por la variable relaciones positivas. Además se insertaron las variables mediadoras restantes del modelo 1. En la figura 6.2 aparece el modelo de mediación múltiple 2.

Al realizar el análisis de mediación múltiple se encontró que todas las vías desde extraversión hasta las variables mediadoras propuestas eran significativas ($a1$, $a2$, $a4$, $a5$, $a6$, $a7$, $a9$ y $a 10$) a excepción de la vía que iba desde la extraversión al número de horas que pasa con los amigos no considerados íntimos ($a3$) (ver tabla 6.6).

Con respecto a las vías que iban desde los mediadores hasta la satisfacción vital, solo las que iban desde apoyo social emocional (*b5*), apoyo social afectivo (*b6*), apoyo y satisfacción con los amigos (*b7*) eran significativos mientras que las vías que iban desde número de amigos, número de amigos íntimos, horas que pasan con los amigos, horas que pasan con los amigos íntimos, relaciones positivas, integración y aceptación social (*b1-b4*, *b8*, *b9* y *b10*) no eran significativos (ver tabla 6.6).

Asimismo el análisis de mediación múltiple mostró que al controlar el efecto de la edad ($B=.01$, $EE = .00$, $p<.01$), del sexo ($B=-.24$, $EE=.08$, $p<.05$) y del estado civil ($B=.007$, $EE = .04$, $p>.05$) tanto el efecto total de la extraversión en la satisfacción vital (*c*) ($B=.31$, $EE = .04$, $p<.0001$), como el efecto directo de la extraversión cuando se controla el efecto de los mediadores (*c'*) ($B=.16$, $EE = .04$ $p< .01$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total.

Con respecto al efecto indirecto, en este modelo el efecto indirecto total de la extraversión a través de los mediadores (punto de estimación .1517, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0970, límite superior=.2170) era significativo. De todos los mediadores propuestos en el modelo 2 solo el apoyo emocional, el apoyo afectivo y la satisfacción con los amigos eran significativos mientras que los demás no lo eran. La proporción del efecto total de la extraversión en la satisfacción vital debida al efecto total indirecto fue de 47. El modelo explicó el 31.70% de la varianza en satisfacción vital y el efecto indirecto de la extraversión transmitido a través de los mediadores explicó el 14%.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

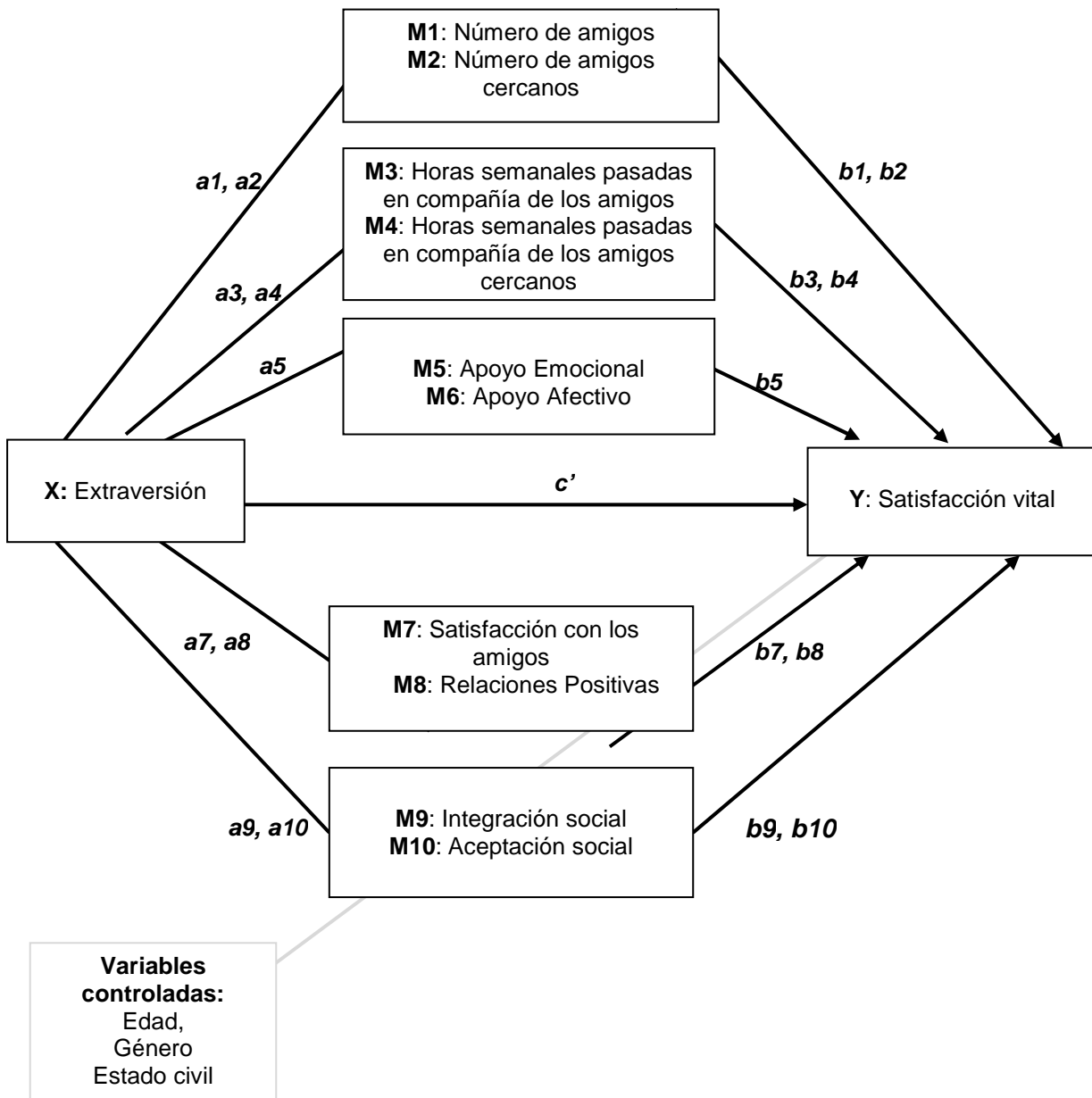


Figura 6.2. Modelo hipotético 2 de la relación entre extraversión y satisfacción vital. Los coeficientes $\{a_i\}$ y $\{b_i\}$ son los coeficientes de la vía indirecta para el efecto de X en M y de M en Y. El coeficiente c' hace referencia a la vía directa entre X e Y.

Tabla 6.6
Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2

Variable mediadora	Efecto de la EE		Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital ($b1 - b9$)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap		IC Bootstrap a 95%	
	extraversión en las variables mediadoras ($a1 - a9$)	EE			Coeficiente estimación	Bootstrap	Límite Inferior	Límite superior
Numero de amigos no considerados íntimos	.34***	.08	.009	.01	.0033	.0045	-.0046	.0135
Número de amigos íntimos	.12***	.03	.03	.04	.0041	.0041	-.0044	.0118
Horas semanales que pasa con los amigos no íntimos	.05	.03	.03	.03	.0016	.0021	-.0009	.0082
Horas semanales que pasa con los amigos íntimos	.14**	.04	-.01	.03	-.0024	.0041	-.0116	.0053
Importancia de las relaciones de amistad	.01*	.005	-.17	.19	-.0018	.0023	-.0089	.0012
Apoyo Emocional	.16***	.04	.06	.04	.0108	.0074	-.0030	.0265
Apoyo Afectivo	.13***	.02	.12*	.06	.0167	.0089	.0021	.0372
Apoyo Tangible	.03	.03	.15**	.05	.0043	.0041	-.0018	.0145
Satisfacción con los amigos	.04***	.001	.46***	.11	.0211	.0072	.0096	.0387
<i>Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital a través del número de amigos, número de amigos íntimos, diferentes tipos de apoyo, satisfacción con las relaciones de amistad, relaciones positivas, integración y aceptación social controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 2)</i>								
Variable mediadora	Efecto de la EE		Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital ($b1 - b10$)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap		IC Bootstrap a 95%	
	extraversión en las variables mediadoras ($a1 - a10$)	EE			Coeficiente estimación	Bootstrap	Límite Inferior	Límite superior
Numero de amigos no considerados íntimos	4.12***	.96	.0018	.0026	.0074	.0105	-.0113	.0305
Número de amigos íntimos	1.47***	.32	.0078	.0076	.0114	.0102	-.0093	.0318
Horas semanales que pasa con los amigos no íntimos	.64	.40	.0080	.0066	.0051	.0054	-.0017	.0220
Horas semanales que pasa con los amigos íntimos	1.62**	.46	.0076	.0058	-.0124	.0103	-.0369	.0049

Tabla 6.6
Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2 (continuación)
Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital a través del número de amigos, número de amigos íntimos, diferentes tipos de apoyo, satisfacción con las relaciones de amistad, relaciones positivas, integración y aceptación social controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 2)

Variable mediadora	Efecto de la extraversión en las variables mediadoras (a1 - a10)	EE	Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b10)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap	IC Bootstrap a 95%		
						Límite Inferior	Límite superior	
Apoyo emocional	.19***	.04	.16*	.08	.0323	.0176	.0008	.0724
Apoyo afectivo	.32***	.05	.13*	.06	.0429	.0217	.0072	.0955
Satisfacción con los amigos	.55***	.11	.08**	.02	.0480	.0167	.0208	.0883
Relaciones positivas	.51***	.07	-.01	.04	-.0065	.0204	-.0464	.0347
Integración social	.20***	.04	.06	.05	.0142	.0132	-.0075	.0449
Aceptación social	.20**	.06	.04	.03	.0093	.0093	-.0039	.0339

*Nota: N=406; Análisis de mediación múltiple basado en 5.000 remuestros; IC_ Intervalo de Confianza; Los Intervalos de Confianza Bootstrap que contengan cero se interpretan como no significativos; * p < .05 ** p < .01 *** p < .001*

A la hora de realizar el análisis de mediación múltiple por separado para el grupo de participantes con y sin dificultades para la realización de actividades de la vida diaria, dado que la varianza en satisfacción con la vida explicada por el modelo 2 era ligeramente más alta y el porcentaje de varianza explicada por el efecto indirecto de los mediadores era también ligeramente mayor, solo se examinó el efecto indirecto a través de los mediadores propuestos en el modelo 2. A continuación se presentan los resultados para cada uno de los dos grupos.

6.5.1.1. Modelo de mediación múltiple de la asociación entre la extraversión y la satisfacción vital para el grupo de participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud

El análisis de mediación múltiple mostró que, para este grupo de participantes, al controlar la edad, el estado civil y el sexo, excepto las vías que iban desde la extraversión al número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos no considerados íntimos ($a3$) y a la aceptación social ($a10$) la mayoría de las vías desde la extraversión hasta los mediadores ($a1$, $a2$, $a4$ - $a9$) eran significativas. En cambio, solo las vías que iban desde apoyo social emocional ($b5$), apoyo social afectivo ($b6$), y satisfacción con los amigos ($b7$) eran significativas mientras que las vías que iban desde los demás mediadores a la satisfacción vital no lo eran (ver tabla 6.7).

El efecto total de la extraversión en la satisfacción vital (c) ($B = .24$, $EE = .05$, $p < .01$) y el efecto directo de la extraversión en la satisfacción con la vida controlando el efecto de los mediadores (c') ($B = .16$, $EE = .06$, $p < .01$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total. De todas las variables controladas, solo el efecto de la edad en la satisfacción vital era significativo ($B = .01$, $EE = .007$, $p < .05$).

Con respecto al efecto indirecto que tuvo la extraversión en la satisfacción vital, para este grupo de participantes el efecto indirecto total fue significativo, ya que el intervalo de confianza no contuvo el cero (punto de estimación .0861, intervalo de confianza al 95% límite inferior = .0174, límite superior = .1682).

Los efectos indirectos del apoyo emocional, apoyo afectivo y de la satisfacción con los amigos de nuevo fueron significativos, mientras que el efecto de los demás mediadores propuestos no fue significativo (ver tabla 6.7). La proporción del efecto total de la extraversión en la satisfacción vital debida al efecto indirecto fue de 35. Este modelo explicaba el 27.83% de la varianza en satisfacción con la vida de las personas sin limitaciones, siendo el porcentaje de la varianza en satisfacción vital debida al efecto indirecto de 9.7.

6.5.1.2. Modelo de mediación múltiple de la asociación entre la extraversión y la satisfacción vital para el grupo de participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud

Para el grupo de participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud, al controlar la edad, el estado civil y el sexo, excepto la vía que iba desde la extraversión al número de horas semanales pasadas en compañía de los amigos no considerados íntimos (a_3) la mayoría de las vías desde la extraversión hasta los mediadores (a_1 , a_2 , a_4 - a_{10}) eran significativas. En cambio, solo las vías que iban desde el apoyo emocional (a_5), el apoyo afectivo (a_6) y la satisfacción con los amigos (a_7) a la satisfacción vital eran significativas mientras que las vías que iban desde los demás mediadores a la satisfacción vital no lo eran (ver tabla 6.7).

El efecto total de la extraversión en la satisfacción vital (c) ($B = .32$, $EE = .04$, $p < .0001$) y el efecto directo de la extraversión en la satisfacción con la vida controlando el efecto de los mediadores (c') ($B = .17$, $EE = .05$, $p < .01$) eran significativos. Además el efecto directo era menor que el efecto total. El efecto que sexo ($B = -.24$, $EE = .08$, $p < .05$) y la edad tenían en la satisfacción vital fue significativo ($B = .01$, $EE = .005$, $p < .05$).

Con respecto al efecto indirecto que tuvo la extraversión en la satisfacción vital, para este grupo de participantes, el efecto indirecto total fue significativo, (punto de estimación .1517, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0978, límite superior= .2176).

Con respecto al efecto indirecto específico asociado a cada mediador, se halló que el efecto indirecto total estuvo determinado por el efecto del apoyo emocional, apoyo afectivo y de la satisfacción con los amigos. Mientras tanto el efecto de los demás mediadores no fue significativo (ver tabla 6.7).

La proporción del efecto total de la extraversión en la satisfacción vital debida al efecto indirecto fue de 48. Este modelo explicaba el 33.10% de la varianza en satisfacción con la vida de las personas con limitaciones, siendo el porcentaje de la varianza en satisfacción vital debida al efecto indirecto de 14.8.

Tabla 6.7. Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital a través del número de amigos, número de amigos íntimos, diferentes tipos de apoyo, satisfacción con las relaciones de amistad, relaciones positivas, integración y aceptación social controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 2) análisis separado para los grupos de participantes con y sin limitaciones debidas a los problemas de salud

Participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud (n=213)

Variable mediadora	Efecto de la extraversión en las variables mediadoras (a1 - a10)	EE	Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b10)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap	IC Bootstrap a 95%	
						Limite Inferior	Limite superior
Numero de amigos no considerados íntimos	4.87**	1.41	-.0004	.0030	-.0020	-.0317	.0277
Número de amigos íntimos	1.68**	.48	.0042	.0085	.0070	-.0236	.0298
Horas semanales que pasa con los amigos no considerados íntimos	.86	.56	.0039	.0080	.0033	-.0108	.0253
Horas semanales que pasa con los amigos íntimos	2.31**	.64	-.0054	.0071	-.0125	-.0550	.0193
Apoyo emocional	.12*	.04	.11*	.12	.0142	.0123	.0565
Apoyo afectivo	.23**	.07	.14*	.08	.0331	.0051	.0961
Satisfacción con los amigos	.48**	.15	.12**	.02	.0574	.0196	.1144
Relaciones positivas	.43***	.09	-.02	.05	-.0114	-.0705	.0382
Integración social	.16**	.05	-.0063	.08	-.0011	-.0381	.0248
Aceptación social	.16	.09	-.01	.04	-.0019	-.0275	.0148

Tabla 6.7
Efectos indirectos de la extraversión en la satisfacción vital a través del número de amigos íntimos, diferentes tipos de apoyo, satisfacción con las relaciones de amistad, relaciones positivas, integración y aceptación social controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 2) análisis separado para los grupos de participantes con y sin limitaciones debidas a los problemas de salud (continuación)
Participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud (n= 192)

Variable mediadora	Efecto de la extraversión en las variables mediadoras (a1 - a10)	EE	Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b10)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap	IC Bootstrap a 95%		
						Limite Inferior	Limite Superior	
Numero de amigos no considerados íntimos	4.12***	.96	.0018	.0026	.0074	.0108	-.0113	.0318
Número de amigos íntimos	1.47***	.32	.0078	.0076	.0114	.0104	-.0108	.0310
Horas semanales que pasa con los amigos no íntimos	.64	.40	.0080	.0066	.0051	.0056	-.0015	.0222
Horas semanales que pasa con los amigos íntimos	1.62**	.46	-.0076	.0058	-.0124	.0103	-.0386	.0044
Apoyo emocional	.19***	.04	.17*	.08	.0323	.0176	.0006	.0707
Apoyo afectivo	.32***	.05	.13*	.06	.0429	.0222	.0057	.0954
Satisfacción con los amigos	.55***	.11	.09**	.02	.0480	.0165	.0212	.0879
Relaciones positivas	.51***	.07	-.01	.04	-.0065	.0207	-.0466	.0352
Integración social	.20***	.04	.07	.05	.0142	.0133	-.0084	.0441
Aceptación social	.20**	.06	.04	.03	.0093	.0092	-.0043	.0332

Análisis de mediación múltiple basado en 5.000 remuestros; IC _Intervalo de Confianza; Los Intervalos de Confianza Bootstrap que contengan cero se interpretan como no significativos; * p < .05 ** p < .01 * p < .001**

6.5.2. Los recursos sociales como explicación de la asociación entre optimismo y satisfacción vital

En el caso de la asociación entre optimismo y satisfacción vital también se exploraron dos modelos de mediación múltiple diferentes. El modelo 1 incluía los siguientes mediadores: número total de personas que componen la red social, diferentes tipos de apoyo social y la función familiar. Este modelo está ilustrado en la figura 6.3.

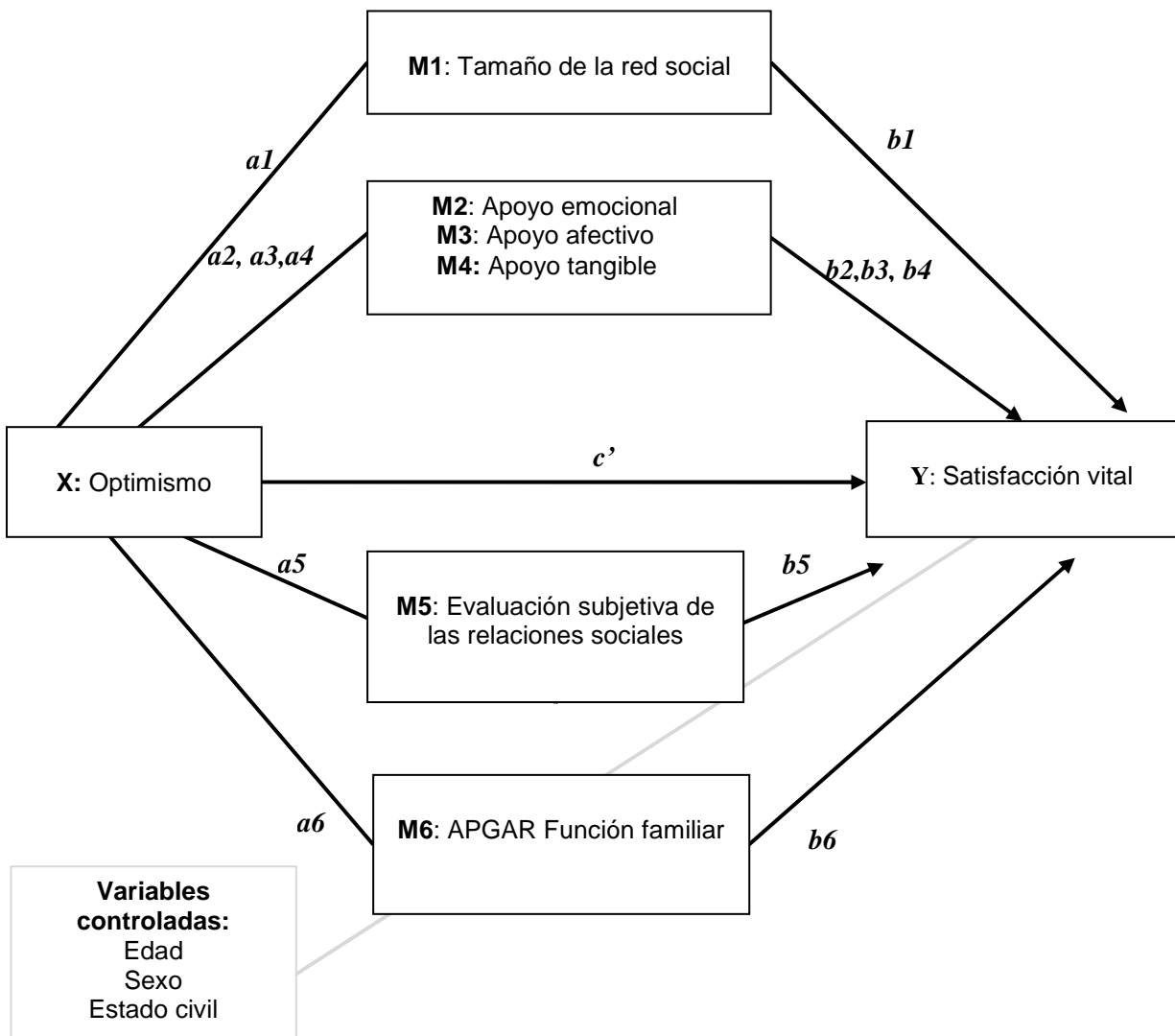


Figura 6.3. Modelo hipotético 1 de la relación entre optimismo y satisfacción vital. Los coeficientes $\{a_i\}$ y $\{b_i\}$ son los coeficientes de la vía indirecta para el efecto de X en M y de M en Y. El coeficiente c' hace referencia a la vía directa entre X e Y.

Al realizar la mediación múltiple en 5000 remuestreos a través de intervalos bootstrap a un nivel de confianza del 95% (Preacher y Hayes, 2008) se encontró que todas las vías desde el optimismo hasta las variables mediadoras propuestas eran significativas (*a1-a6*) (ver tabla 6.8.). Con respecto a las vías que iban desde los mediadores hasta la satisfacción vital solo las que iban desde número total de personas que componen la red (*b1*) y desde función APGAR Función Familiar (*b6*) eran significativos mientras que demás vías no lo eran (*b2, b3, b4, y b5*) (ver tabla 6.8).

Al controlar el efecto de la edad ($B=.01$, $EE = .00$, $p<.01$), del sexo ($B=-.12$, $EE=.07$, $p >.05$) y del estado civil ($B=.03$, $EE = .03$, $p>.05$) tanto el efecto total del optimismo en la satisfacción vital (*c*) ($B=.45$, $EE=.04$, $p<.0001$), como el efecto directo del optimismo cuando se controla el efecto de los mediadores (*c'*) ($B= .29$, $EE =.02$ $p<.0001$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total.

Con respecto al efecto indirecto, se encontró que el efecto total indirecto del optimismo en la satisfacción vital a través de los mediadores propuesto era significativo (punto de estimación .1518, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .0999, límite superior= .2159). Con respecto al efecto indirecto específico asociado a cada mediador, se halló que el efecto indirecto total estaba determinado por el efecto del número total de personas que componen la red y por el efecto del APGAR Función Familiar, mientras que el efecto de los demás mediadores no fue significativo ya que el intervalo de confianza contenía el cero (ver tabla 6.8). La proporción del efecto total que el optimismo tuvo en la satisfacción vital debido al efecto indirecto de los mediadores propuesto fue de 39. El modelo propuesto explicó el 34.54 % de la varianza en satisfacción vital, siendo el porcentaje de varianza debida a los mediadores de 11.39.

Para determinar si existían otras variables sociales que mediase el impacto del optimismo en la satisfacción vital se construyó un modelo de mediación múltiple alternativo. En el segundo modelo se reemplazó el número total de personas que componen la red social por el número total de familiares y por el número total de amigos, también se incluyeron las variables satisfacción con las relaciones familiares, satisfacción con las relaciones de amistad, la integración y la aceptación social junto con los diferentes tipos de apoyo social y se eliminó la variable relaciones positivas (ver figura 6.4.).

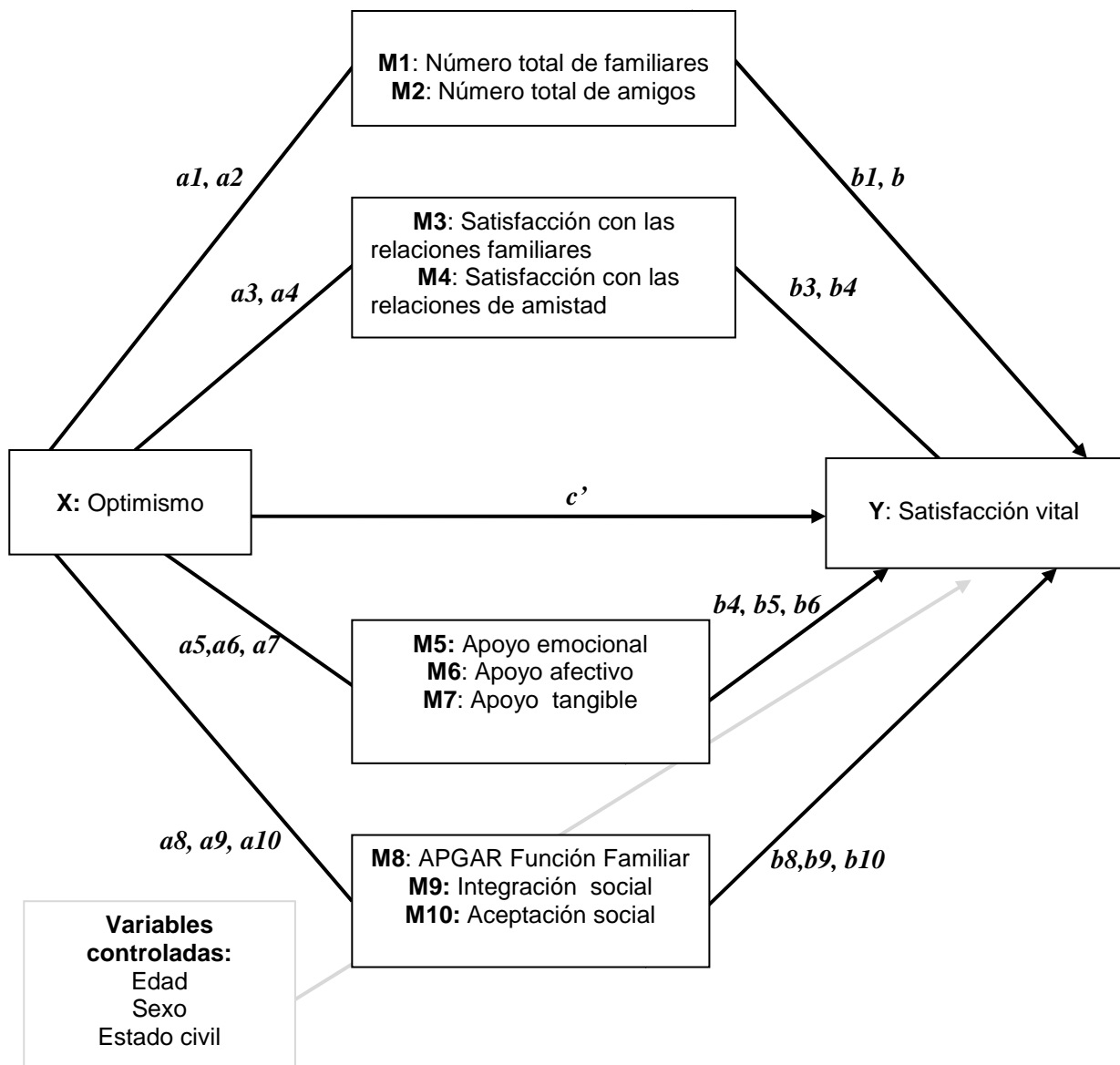


Figura 6.4. Modelo hipotético 2 de la relación entre optimismo y satisfacción vital. Los coeficientes $\{a_i\}$ y $\{b_i\}$ son los coeficientes de la vía indirecta para el efecto de X en M y de M en Y. El coeficiente c' hace referencia a la vía directa entre X e Y.

Tal y como muestra la tabla 6.8 en el modelo 2 se encontró que todas las vías desde el optimismo hasta los mediadores eran significativas ($a1-a10$). Con respecto a las vías que van desde los mediadores hasta la satisfacción vital, el número de amigos ($b2$), la satisfacción con las relaciones familiares ($b3$), la satisfacción con las relaciones de amistad ($b4$) y el apoyo tangible ($b7$) eran significativos, mientras que los demás mediadores ($b1, b5, b6, b8, b9$ y $b10$) no lo eran (ver tabla 6.8).

Tabla 6.8.
Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2

Variable mediadora	Efecto del optimismo en las variables mediadoras (a1 - a6)		Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b6)		EE	Coeficiente estimación Bootstrap	IC Bootstrap a 95%	
	EE	EE	EE	EE			Limite Inferior	Limite superior
Número de personas que componen la red social	12.18***	2.94	.0021**	.0008	.0103	.0252	.0082	.0494
Apoyo emocional	.32***	.04	.04	.07	.0300	.0115	-.0554	.0659
Apoyo afectivo	.37***	.05	.07	.06	.0239	.0288	-.0140	.0806
Apoyo tangible	.19**	.06	.07	.03	.0103	.0135	-.0001	.0427
Relaciones positivas	.48***	.07	.03	.03	.0169	.0177	-.0153	.0529
APGAR Función Familiar	.21***	.03	.26**	.07	.0203	.0551	.0222	.1036
<i>Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital a través del número total de familiares, número total de amigos, satisfacción con las relaciones familiares, satisfacción con las relaciones de amistad, diferentes tipos de apoyo emocional, APGAR familiar, la integración y la aceptación social controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 2)</i>								
Variable mediadora	Efecto del optimismo en las variables mediadoras (a1 - a10)		Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b10)		EE	Coeficiente estimación Bootstrap	IC Bootstrap a 95%	
	EE	EE	EE	EE			Limite Inferior	Limite superior
Número total de familiares	2.95**	.95	.0003	.0024	.0079	.0009	-.0142	.0179
Número total de amigos	3.07**	1.14	.0040*	.002	.0071	.0124	.0023	.0317
Satisfacción con las relaciones familiares	.69***	.13	.05*	.02	.0212	.0399	.0066	.0921

Tabla 6.8
Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital modelo 1 y modelo 2 (continuación)

Variable mediadora	Efecto del optimismo en las variables mediadoras (a1 - a10)	EE	Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b10)	EE	Coeficiente estimación Bootstrap	EE	IC Bootstrap a 95%	
							Límite Inferior	Límite superior
Satisfacción con las relaciones de amistad	.60***	.12	.06**	.02	.0378	.0152	.0139	.0755
Apoyo emocional	.32***	.04	.04	.07	.0141	.0293	-.0503	.0667
Apoyo afectivo	.37***	.05	.03	.06	.0129	.0226	-.0281	.0628
Apoyo tangible	.19**	.06	.09**	.03	.0176	.0116	.0018	.0500
APGAR Función Familiar	.21***	.03	.14	.08	.0314	.0218	-.0043	.0810
Integración social	.29***	.04	.04	.05	.0119	.0159	-.0177	.0468
Aceptación social	.30***	.06	.005	.03	.0016	.0108	-.0193	.0245

Nota: N=406; Análisis de mediación múltiple basado en 5.000 remuestreos; IC _ Intervalo de Confianza; Los Intervalos de Confianza Bootstrap que contengan cero se interpretan como no significativos; * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Al controlar el efecto de la edad ($B=.01$, $EE =.00$, $p<.01$), del sexo ($B=-.16$, $EE=.08$, $p <.05$) y del estado civil ($B=-.007$, $EE= .03$, $p >.05$) tanto el efecto total del optimismo en la satisfacción vital (c) ($B=.45$, $EE =.05$, $p<.001$), como el efecto directo del optimismo cuando se controla el efecto de los mediadores (c') ($B= .27$, $EE =.04$ $p<.0001$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total.

En lo concerniente al efecto indirecto, se encontró que en el modelo 2 el efecto total indirecto del optimismo en la satisfacción vital a través de los mediadores propuesto era significativo (punto de estimación .1756, intervalo de confianza al 95% límite inferior= .1168, límite superior= .2412).

Con respecto al efecto indirecto específico asociado a cada mediador, se halló que en el modelo 2 el efecto indirecto total estuvo determinado por el efecto del número total de amigos, satisfacción con las relaciones familiares, satisfacción con las relaciones de amistad y a través del apoyo tangible, mientras que el efecto indirecto de los demás mediadores propuestos no era significativo ya que el intervalo de confianza contuvo 0 (ver tabla 6.8). La proporción de varianza del efecto total de optimismo en la satisfacción vital debida a los mediadores fue de 39. El modelo propuesto explicaba el 22.57 % de la varianza en satisfacción vital y el porcentaje de varianza debida a los mediadores era de 9.9%.

A la hora de realizar el análisis de mediación múltiple por separado para el grupo de participantes con y sin dificultades para la realización de actividades de la vida diaria, como el modelo 1 explicaba una mayor proporción de la varianza en satisfacción con la vida y el porcentaje de varianza explicada por el efecto indirecto de los mediadores era ligeramente mayor, solo se analizó el efecto indirecto a través de los mediadores propuestos en el modelo 1. A continuación se presentan los resultados para cada uno de los dos grupos.

6.5.2.1. Modelo de mediación múltiple para el grupo de participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud

El análisis de mediación múltiple mostró que, para este grupo de participantes, al controlar la edad, el estado civil y el sexo, todas las vías desde el optimismo hasta los mediadores (*a1–a6*) eran significativas. En cambio, solo las vías que iban desde el apoyo tangible y el APGAR función familiar a la satisfacción vital eran significativas (*b4* y *b6*) mientras que las vías que iban desde los demás mediadores a la satisfacción vital no lo eran (ver tabla 6.9).

El efecto total del optimismo en la satisfacción vital (*c*) ($B = .42$, $EE = .09$, $p < .0001$) y el efecto directo del optimismo en la satisfacción vital controlando el efecto de los mediadores (*c'*) ($B = .32$, $EE = .05$, $p < .0001$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total. De todas las variables controladas, solo el efecto de la edad en la satisfacción vital era significativo ($B = .01$, $EE = .006$, $p < .05$).

Con respecto al efecto indirecto que tuvo el optimismo en la satisfacción vital, para este grupo de participantes el efecto indirecto total fue significativo, ya que el intervalo de confianza no contenía el cero (punto de estimación .0930, intervalo de confianza al 95% límite inferior = .0384, límite superior = .1691). Solo el efecto indirecto del número total de personas que componen la red, el apoyo tangible y el APGAR función familiar fue significativo, mientras que los demás mediadores propuestos no eran significativos (ver tabla 6.9). Este modelo explicaba el 36.1% de la varianza en satisfacción con la vida de las personas sin limitaciones. La proporción del efecto total debido al efecto indirecto era de 20. Así para este grupo de participantes el efecto de los mediadores significativos explica el 7.2% de la varianza en satisfacción vital debida al optimismo.

6.5.2.2. Modelo de mediación múltiple para el grupo de participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud

Para este grupo de participantes, al controlar la edad, el sexo y el estado civil todas las vías desde el optimismo hasta los mediadores eran significativas ($a1-a6$) a excepción de la vía que iba desde el optimismo al apoyo tangible ($a4$). En cambio, con respecto a las vías que iban desde los mediadores hasta la satisfacción vital solo la vía desde el número de personas que conforman la red social ($b1$) era significativa mientras que las vías que iban desde los demás mediadores ($b2, b3, b4, b5$ y $b6$) hasta la satisfacción vital no lo eran (ver tabla 6.9).

El efecto total del optimismo en la satisfacción vital (c) ($B = .43, EE = .07, p < .0001$) y el efecto directo del optimismo en la satisfacción vital controlando el efecto de los mediadores (c') ($B = .22, EE = .07, p < .0001$) eran significativos y el efecto directo era menor que el efecto total. De todas las variables controladas, solo el efecto de la edad en la satisfacción vital fue significativo ($B = .01, EE = .006, p < .05$).

Con respecto al efecto indirecto que tuvo el optimismo en la satisfacción vital, para este grupo de participantes el efecto indirecto total fue significativo, ya que el intervalo de confianza no contuvo el cero (punto de estimación .1882, intervalo de confianza al 95% límite inferior = .1017, límite superior = .2889). Solo el efecto indirecto del número total de personas que componen la red y el APGAR función familiar era significativos, mientras que los demás mediadores propuestos no eran significativos (ver tabla 6.9). Este modelo explicaba el 35.5% de la varianza en satisfacción con la vida de las personas sin limitaciones. La proporción del efecto total explicado por el efecto indirecto era de 47. Para este grupo de participantes el porcentaje de varianza de la relación entre optimismo y satisfacción vital explicada por los mediadores era de 16.68.

Tabla 6.9. Efectos indirectos del optimismo en la satisfacción vital a través del número total de personas que componen la red social, diferentes tipo de apoyo social, la función familiar controlando la edad, el sexo y el estado civil (modelo 1) análisis separado para los grupos de participantes con y sin limitaciones debidas a los problemas de salud

Variable mediadora	Participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud (n=213)				Participantes con limitaciones debidas a los problemas de salud (n=192)				
	Efecto del optimismo en las variables mediadoras (a1 - a6)	EE	Efecto de las variables mediadoras en la satisfacción vital (b1 - b6)	EE	Coefficiente estimación Bootstrap	EE	IC Bootstrap a 95%	Limite Inferior	Limite Superior
Número de personas que componen la red social	13.20**	4.14	.001	.001	.0226	.0150	.0007	.0616	
Apoyo emocional	.24***	.05	-.05	.11	-.0214	.0353	-.0939	.0510	
Apoyo afectivo	1.38**	.37	.02	.10	.0324	.0274	-.0085	.1043	
Apoyo tangible	.23*	.09	.10*	.04	.0259	.0189	.0020	.0851	
Relaciones positivas	.43***	.09	-.02	.05	-.0056	.0233	-.0593	.0348	
APGAR Función Familiar	.14**	.04	.27**	.09	.0391	.0220	.0076	.1016	
Participantes sin limitaciones debidas a los problemas de salud (n= 192)									
Número de personas que componen la red social	12.29**	3.60	.003*	.01	.0394	.0174	.0146	.0867	
Apoyo emocional	.37***	.06	.08	.10	.0309	.0463	-.0609	.1208	
Apoyo afectivo	2.20**	.38	.01	.01	.0326	.0421	-.0459	.1230	
Apoyo tangible	.17	.09	.02	.05	.0057	.0132	-.0135	.0423	
Relaciones positivas	.46**	.11	.05	.05	.0303	.0238	-.0082	.0873	
APGAR Función Familiar	.25***	.05	.19	.10	.0494	.0312	.0016	.1280	

Análisis de mediación múltiple basado en 5.000 remuestreos; IC _ Intervalo de Confianza; Los Intervalos de Confianza Bootstrap que contengan cero se interpretan como no significativos; * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

6.6. Efecto moderador del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre salud y satisfacción vital

Tal y como lo muestra la tabla 6.10 tanto el optimismo como el número de enfermedades predecían la satisfacción con la vida y el modelo explicaba el 21% de la varianza en satisfacción vital. No obstante la interacción entre optimismo y número de enfermedades no era significativa. Con respecto al optimismo y las limitaciones para la realización de las actividades diarias debidas a los problemas de salud, ambas variables eran predictores significativos de la satisfacción vital explicando el 23% de varianza en satisfacción vital. Sin embargo la interacción entre optimismo y limitaciones para la realización de las actividades diarias debidas a los problemas de salud no era significativa (ver tabla 6.10). Finalmente tanto el optimismo como el estado percibido de salud predecían la satisfacción vital explicando el 24% de la varianza de satisfacción con la vida. La interacción entre optimismo y estado percibido de salud tampoco era significativa (ver tabla 6.10).

En lo que concierne al apoyo social percibido y su posible papel moderador del impacto del número de enfermedades en la satisfacción vital, aunque tanto el apoyo social como el número de enfermedades eran predictores significativos y el modelo explicara el 21% de la varianza en satisfacción con la vida, la interacción entre estas dos variables no era significativa (ver tabla 6.10). En cuanto al apoyo social percibido y las limitaciones para la realización de las actividades diarias debidas a los problemas de salud, ambas variables eran predictores significativos de la satisfacción vital explicando el 22% de varianza en satisfacción vital. Sin embargo la interacción entre apoyo social percibido y limitaciones para la realización de las actividades diarias debidas a los problemas de salud no era significativa (ver tabla 6.10). Por último tanto el apoyo social percibido como el estado percibido de salud predecían la satisfacción con la vida y juntas explican el 25% de la varianza en satisfacción vital. Tal y como lo muestra la tabla 6.10 la interacción entre apoyo social percibido y estado percibido de salud fue significativa y la interacción explicaba un 1% adicional de la varianza en satisfacción vital.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Tabla 6.10

Análisis de moderación del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre estado de salud y satisfacción vital

<i>Moderación del optimismo en la relación entre número de enfermedades y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Optimismo	.45***	.03	9.28
Número de enfermedades	-.03*	.02	-2.07
Optimismo x número de enfermedades	.03	.02	1.31
$R^2=.21$, $F(3, 400)=34.60$, $p<.0001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.0034, $F(1, 400)=1.62$, $p>.05$			
<i>Moderación del optimismo en la relación entre limitaciones y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Optimismo	.45***	.04	9.42
Limitaciones	-.27**	.06	-4.04
Optimismo x limitaciones	.09	.09	.93
$R^2=.23$, $F(3, 400)=38.96$, $p<.0001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.0017, $F(1, 400)=.87$, $p>.05$			
<i>Moderación del optimismo en la relación entre estado percibido de salud y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Optimismo	.42***	.04	8.61
Estado percibido de salud	.25***	.05	4.67
Optimismo x estado percibido de salud	.0065	.06	.09
$R^2=.24$, $F(3, 400)=40.99$, $p<.001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.0017, $F(1, 400)=.0000$, $p>.05$			
<i>Moderación del apoyo social percibido en la relación entre número de enfermedades y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Apoyo social	.49***	.05	9.30
Número de enfermedades	-.03*	.01	-1.95
Apoyo social x número de enfermedades	.05	.02	1.86
$R^2=.21$, $F(3, 401)=36.25$, $p<.001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.0068, $F(1, 401)=3.46$, $p>.05$			
<i>Moderación del apoyo social percibido en la relación entre limitaciones y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Apoyo social	.48***	.05	9.24
Limitaciones	-.23**	.06	-3.33
Apoyo social x limitaciones	.04	.10	.37
$R^2=.22$, $F(3, 401)=37.91$, $p<.001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.0003, $F(1, 401)=.14$, $p>.05$			
<i>Moderación del apoyo social percibido en la relación entre estado percibido de salud y satisfacción vital</i>			
	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>T</i>
Apoyo social	.45***	.05	8.90
Estado percibido de salud	.23***	.05	4.56
Apoyo social x estado percibido de salud	-.19**	.07	-2.71
$R^2=.26$, $F(3, 401)=46.70$, $p<.001$, cambio en la R^2 debida a la interacción=.01, $F(1, 401)=7.38$, $p<.01$			

Nota. $N=406$; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

El análisis de los efectos condicionales mostraron que el estado percibido de salud se asociaba a puntuación más bajas en satisfacción vital cuando el valor del apoyo social era muy bajo (percentil 10) y bajo (percentil 25), mientras que las puntuaciones en satisfacción vital aumentaban cuando el valor del apoyo social era medio (percentil 50) o alto (percentil 75) (ver gráfico 6.3).

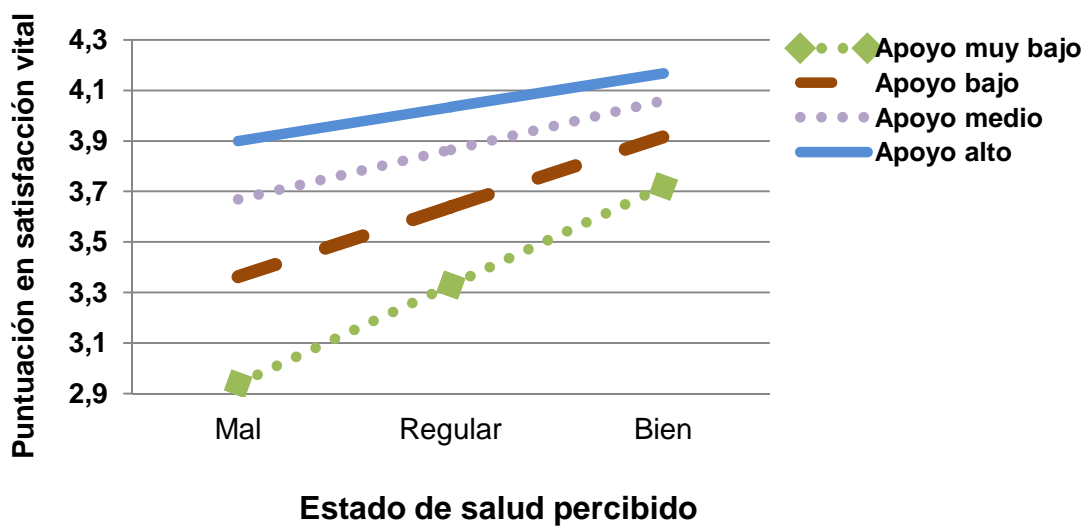


Gráfico 6.3. Efecto moderador del apoyo social en la relación entre estado percibido de salud y satisfacción vital

CAPÍTULO 7:

**DISCUSIÓN Y
CONCLUSIONES**

7.1. Discusión

El principal objetivo de la presente tesis doctoral fue estudiar el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital de personas mayores de 65 años de Granada capital. Se planteaba aportar nuevos datos sobre la influencia conjunta de algunas variables de personalidad, de las relaciones sociales, el estado de salud y del estatus socioeconómico en la satisfacción vital de las personas mayores así como explorar los posibles efectos mediadores y moderadores de dichas variables.

Encontramos que el optimismo y el número de horas semanales que los participantes pasan con los integrantes de la red social así como el apoyo social, la satisfacción con las relaciones familiares y las relaciones de amistad junto con la valoración subjetiva del estado de salud, las limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud y la satisfacción con el nivel de ingresos actual predecían la satisfacción vital. De todas las variables el optimismo y la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos eran los predictores más fuertes. Además el apoyo emocional, el apoyo afectivo y el apoyo tangible, la satisfacción con las relaciones de amistad y con las relaciones con la familia explicaban parcialmente la asociación entre extraversión y satisfacción vital y entre optimismo y satisfacción vital. Tener o no limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud influía en los mediadores que explicaban el efecto indirecto del optimismo en la satisfacción vital. Así para las personas mayores con limitaciones debidas a los problemas de salud solo el tamaño de la red y la función familiar eran mediadores significativos. Por último el apoyo social percibido moderaba el impacto que tenía la evaluación subjetiva del estado de salud en la satisfacción vital de los participantes. A continuación se van a discutir los datos en función de las hipótesis planteadas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

En primer lugar se planteó que las características socio-demográficas se asociarían a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital. Esta hipótesis se cumplió. Se encontró que el género, la edad, el estado civil y el tipo de convivencia se asociaban con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital de los participantes. No obstante el tamaño de efecto de la influencia de estas variables fue pequeño. Además, excepto la edad, las demás variables no formaron parte del modelo de regresión múltiple. Estos resultados ponen de manifiesto que las características socio-demográficas no afectan en gran medida la satisfacción vital de las personas mayores que participaron en este estudio. Estos hallazgos son similares a resultados de investigaciones previas que encontraron que la influencia que tienen las variables socio-demográficas en la satisfacción vital es débil (M.M. Baltes y Carstensen, 1996; Cacioppo et al., 2008; E. Diener et al., 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Ní Mhaoláin et al., 2012). La influencia débil de las variables socio-demográficas identificada en esta tesis doctoral corrobora la afirmación de Myers y Diener (1995) quienes apuntaban que si solo se tienen en cuenta variables como la edad, el género o el estado civil no se podían identificar a las personas que están y las que no están satisfechas con sus vidas.

La segunda hipótesis pronosticaba que los recursos socioeconómicos medidos a través del nivel de estudios, del grado de cualificación de profesión desempeñada antes de jubilarse, del nivel de ingresos y la satisfacción con la situación económica actual se asociarían a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital. Esta hipótesis se cumplió solo parcialmente. De todas las variables que evaluaban los recursos socioeconómicos solo la satisfacción con la situación económica actual correlacionaba positivamente con la satisfacción vital de los participantes, aunque la correlación era baja. Este hallazgo sugiere que para los participantes de este estudio no son los aspectos objetivos de los recursos socioeconómicos los que influyen en la valoración global que hacen de sus vidas sino la valoración subjetiva del nivel de ingresos.

Este resultado difiere ligeramente de la evidencia científica existente sobre el nivel socioeconómico y satisfacción vital que había identificado el nivel educativo y el nivel de ingresos como factores que afectan la satisfacción vital (Argyle, 2001; Cacioppo et al., 2008; Chan y Lee, 2006; E. Diener y Biswas-Diener, 2002; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Meléndez et al., 2009; Pinquart y Sörensen 2000; Taylor et al., 2001; Thomas, 2010; Tomás et al., 2009). En cambio los resultados de esta tesis doctoral concuerdan con los resultados del estudio de Godoy-Izquierdo et al. (2013) realizado con mayores granadinos en el cuál ni el nivel de estudios ni el nivel de ingresos se asociaban con diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital.

La falta de acuerdo entre los hallazgos relativos a la falta de asociación entre los recursos socioeconómicos y la satisfacción vital de la presente tesis doctoral con la literatura previa podría explicarse por las características de los participantes del presente estudio. Aunque un importante número de participantes tenían un nivel de estudios bajo y más de la mitad de los participantes habían desempeñado trabajos que requerían un bajo nivel de cualificación, de media los participantes disponía de unos ingresos mensuales de 1334.52 euros. Según el último informe IMSERSO sobre las personas mayores en España los mayores españoles tienen unos ingresos mensuales netos de 921 euros (IMSERSO, 2012). Si comparamos el nivel de ingresos de la muestra del presente estudio con el nivel de ingresos de los mayores españoles en general se constata que los participantes del presente estudio tienen de media un nivel de ingresos más alto.

Por otro lado, si tenemos en cuenta que es probable que las personas mayores ajusten sus necesidades y anhelos al nivel de ingresos que tienen disponible (Berg et al, 2009), es razonable que el nivel de ingresos en sí no afecte la satisfacción vital de las personas mayores. También hay que destacar los valores predominantes entre las personas mayores que participaron en este estudio quienes pertenecen a una generación que han vivido sus infancias y sus juventudes afectadas directamente por las consecuencias de la guerra civil y de la posguerra. Esto podría haber influido en las expectativas que los mayores habrían desarrollado a lo largo de sus vidas con respecto al nivel económico y a sus estilos de vida. No obstante, esta afirmación es una mera especulación ya que los datos recogidos en esta investigación no permiten indagar en estos aspectos.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Asimismo, cabe mencionar que el efecto del nivel de ingresos es mucho más fuerte en los países en los que hay una gran inequidad en el reparto de los recursos y en lo que es difícil incluso la satisfacción de necesidades básicas; mientras tanto en los países más desarrollados los sistemas de protección social aseguran que los grupos desfavorecidos económicamente puedan ver satisfechas necesidades básicas (Diener y Oishi, 2000).

En cambio encontrar que la satisfacción con el nivel de ingresos actual se asocia a la satisfacción vital está en concordancia con estudios previos que identificaron esta variable como la única de todas las socioeconómicas que afectaba la satisfacción vital (Berg et al., 2009; Hsu, 2012). Así, los recursos socioeconómicos en sí no parecen afectar la satisfacción con la vida sino la valoración subjetiva de dichos recursos.

En relación a la tercera hipótesis- el estado de salud medido a través del número de enfermedades, la evaluación subjetiva del estado de salud y las limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud se asociarían a diferencias estadísticamente significativas en la puntuación en la satisfacción vital- encontramos que el estado de salud estaba asociado a diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital. Por tanto esta hipótesis encontró apoyo en los datos. Particularmente el deterioro de la salud tiene un efecto negativo en la satisfacción vital de los participantes de este estudio.

En relación al número de enfermedades se encontró que las personas que indicaron tener un mayor número de enfermedades puntuaban más bajo en satisfacción vital. Estos hallazgos corroboran los resultados de estudios previos que encontraron que un mayor número de enfermedades se asociaba a un menor grado del bienestar (Bishop et al., 2006; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 1993; Bowling, 1990; Enkvist et al., 2012; Karataş y Duyan, 2008; Kunzmann, et al., 2000; Taylor et al., 2001).

Aunque la puntuación en satisfacción vital variaba en función del número de enfermedades, la diferencia en la media en satisfacción vital entre aquellos que no presentaban enfermedades o tenían menos de tres y aquellos que tienen seis o más fue de 0.30 puntos, por lo que el impacto de esta variable en la satisfacción con la vida no era muy grande.

Coincidiendo con los resultados obtenidos por Berg et al. (2009), podemos destacar que el número de enfermedades con las que está diagnosticada una persona es de menor relevancia a la hora de predecir el bienestar, siendo más importante el tipo de enfermedad. Con respecto a ello, se encontró que las enfermedades vasculares, las gastrointestinales, los trastornos del estado de ánimo y padecer migrañas se asociaba a diferencias estadísticamente significativas en satisfacción vital.

Estos resultados están en la línea de estudios previos que encontraron que las mismas enfermedades afectaban negativamente la satisfacción con la vida (Berg et al., 2009; Enkvist et al., 2012; Hsu, 2011). Por el contrario, se halló que sufrir enfermedades cardíacas, respiratorias, hipercolesterolemia, hipertensión, problemas visuales, auditivos u otras enfermedades no se asociaba a diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con la vida. Este resultado es similar a los hallazgos del estudio de Gwozdz y Sousa-Poza (2010), quienes subrayan que el estado de salud objetivo no afecta de manera significativa la satisfacción de las personas mayores incluso cuando padecen enfermedades graves tales como Parkinson, derrame cerebral, o infartos de corazón. Según estos autores, la capacidad de los mayores de adaptarse a las circunstancias adversas que pueden aparecer a medida que se avanza en edad explicaría el hecho de que enfermedades crónicas de larga duración no afectan de manera considerable la satisfacción vital, mientras que algunas otras enfermedades probablemente interfieran de manera considerable con el funcionamiento diario debido al dolor y a la incomodidad que generan, aunque solo podemos especular al respecto ya que no hemos explorado estos aspectos en el presente estudio.

En relación al deterioro funcional, se encontró que tener limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud se asociaba a puntuaciones más bajas en la satisfacción con la vida. Este hallazgo concuerda con estudios previos que encontraron que el deterioro del estado funcional se asocia negativamente con la satisfacción con la vida mientras que un nivel bajo de dependencia funcional se asocia a puntuaciones altas en la satisfacción con la vida (Gázquez Linares et al., 2008; Karataş y Duyan, 2008; Robb et al., 2008). Las diferencias en satisfacción vital encontradas en este estudio entre los participantes que presentaban dificultades en la realización de actividades comparados con los que no las presentaban fue también pequeña, solo 0.30 puntos.

Podemos suponer que este resultado se debe a las características de la muestra del presente estudio. Los mayores que participaron en el mismo llevan una vida independiente y tienen un estilo de vida activo, ya que son miembros de asociaciones y acuden a centros de participación activa. Así un importante porcentaje de los participantes no tiene dificultades para realizar actividades o las dificultades que indicaron tener no eran muy graves. Además, las enfermedades más comunes que mencionaron son el deterioro de la vista, hipertensión arterial y enfermedades reumatoides, los cuales no necesariamente impiden llevar una vida autónoma y realizar las actividades deseadas si reciben el tratamiento médico adecuado.

Los problemas de salud y la discapacidad se convierten en predictores relevantes de la reducción del bienestar cuando llegan a impedir en gran medida el desempeño de actividades de auto-cuidado, interacción y participación social de las personas mayores (Duke et al., 2002; Ekström et al., 2008; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010). Este aspecto no se encontraba en el presente estudio, ya que tal como vimos, solo el 14.5% de los participantes indicaron tener limitaciones importantes debidas al deterioro de la salud. Asimismo la media de edad de esta muestra fue de 74.88 años, por tanto hay un porcentaje importante de mayores jóvenes, grupo que disfruta de un buen estado de salud.

No obstante, aunque las características de la muestra del presente estudio pueden haber determinado estos hallazgos, los resultados concuerdan con algunos estudios previos realizados en diferentes contextos culturales y con muestras con edades diversas. Dichos estudios pone de manifiesto que las variables objetivas tales como el número de enfermedades y el tipo de enfermedad tienen un efecto pequeño en la satisfacción vital de las personas mayores (Berg et al., 2006; Bowling et al., 1993; Bowling et al., 1996; Bowling, 1990; Cacioppo et al., 2008; Dai et al., 2012; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010). En su estudio llevado a cabo en Suecia, Berg et al. (2006) hallaron que el número de enfermedades y el estado funcional tenían un efecto débil en la satisfacción vital. Del mismo modo, Bowling et al. (1996) encontraron que la varianza en la satisfacción vital explicada por el número de enfermedades y el estado funcional medidos al establecer la línea base del estudio longitudinal que realizaron con mayores ingleses, no llegaba al 1%.

En la misma línea, Smith et al. (2002) encontraron que la mera presencia de enfermedades no explicaba un gran porcentaje de la varianza en satisfacción vital de mayores alemanes, siendo un mejor predictor el estado percibido de salud. Estos resultados nos llevan a pensar que aún siendo importante la presencia de enfermedades, lo es más aún, la percepción subjetiva que las personas mayores tienen de ellas.

Con respecto al estado percibido de salud se encontró que se asociaba a diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital, siendo el impacto de esta variable el más fuerte de todas las variables que evaluaban la salud. Además esta variable era significativa en el modelo de regresión múltiple y, junto las limitaciones debidas a los problemas de salud explicaba, el 3.5% de la varianza en satisfacción con la vida. Este hallazgo está en concordancia con investigaciones previas que hallaron el mismo efecto (e.g. Bishop et al., 2006; Borg et al., 2006; Cacioppo et al., 2008; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith et al., 2002). Concretamente, en el presente estudio los participantes que afirmaron estar mal de salud obtuvieron una puntuación de 0.68 puntos por debajo de los que indicaron estar bien de salud. A su vez, los que indicaron estar regular de salud puntuaron significativamente más bajo, 0.34 puntos en comparación con los que indicaron estar bien. Este resultado es muy similar a los resultados del estudio de Gwozdz y Sousa-Poza (2010) en el que una evaluación positiva del estado de salud aumentaba la puntuación en satisfacción vital casi en medio punto. Este hallazgo también se asemeja con los resultados del estudio de Borg et al. (2006) en el cual los participantes que indicaban tener una mala salud tenía una probabilidad 19 veces mayor de sentirse insatisfechos con sus vidas.

Los hallazgos sobre el impacto de las diferentes variables relacionadas con el estado de salud de la presente tesis doctoral reflejan que los problemas de salud son una condición desfavorable que influye negativamente en el bienestar. Sin embargo, tal como lo veníamos comentando previamente, en esta muestra el tamaño del efecto de las variables relacionadas con la salud fue pequeño. Esto supone que los problemas de salud no son necesariamente una barrera para el funcionamiento psicológico positivo (Friedman y Ryff, 2012), al menos para algunas personas mayores.

A pesar del deterioro de la salud y de los múltiples retos derivados de dicho deterioro, más de la mitad de las personas mayores de nuestro estudio evaluaban positivamente su salud y estaban satisfechas con sus vidas.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

La adaptación a los problemas de salud y el mantenimiento del bienestar subjetivo durante el envejecimiento es posible que se deba a los recursos de los que disponen las personas mayores (Bueno y Navarro, 2003; E. Diener et al., 2003; Greve y Staudinger, 2006; Kunzmann et al., 2000).

La hipótesis cinco planteaba que los recursos sociales iban a estar positivamente asociados con la satisfacción con la vida. Esta hipótesis encontró apoyo en los resultados de esta tesis doctoral, ya que todos los tipos de apoyo social, el tamaño de la red social, la función familiar, la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos y la integración y la aceptación social correlacionaban positiva y moderadamente con la satisfacción con la vida de los participantes. Estos resultados corroboran hallazgos previos que indicaban que existe una asociación positiva entre satisfacción con la vida y las relaciones sociales (Chan y Lee, 2006; Díaz Morales y Sánchez López, 2001; Hsu y Tung, 2010; Keyes et al., 2005; Lowenstein y Katz, 2005).

De todas las variables que medían los recursos sociales las que se asociaban con la satisfacción vital en mayor medida eran la función familiar, la satisfacción con la familia y el apoyo emocional. En el análisis de regresión múltiple formaron parte de los diferentes modelos de regresión el apoyo social percibido, la satisfacción con las relaciones familiares y con las relaciones de amistad y las horas semanales pasadas en compañía de los integrantes de la red. Cabe destacar que la única variable que medía un aspecto estructural de la red, las horas semanales pasadas en compañía de los integrantes de la red, formó parte de los diferentes modelos de regresión mientras que todas las demás variables que eran predictores significativas eran aspectos subjetivos de las relaciones sociales. Estos resultados sugieren que las personas que se sienten más satisfechas con sus vidas son las que pasan más tiempo en compañía de los integrantes de la red, se sienten apoyadas por las personas que le rodean y que están satisfechas con las relaciones familiares y de amistad. Especialmente relevante parece ser el apoyo emocional, es decir recibir afecto, comprensión, empatía y consejo por parte de las personas que rodean a las personas mayores.

Estos hallazgos están en concordancia con estudios previos que habían puesto de manifiesto que los aspectos subjetivos están asociados con la satisfacción vital en mayor medida (Berg et al., 2006; Cacioppo et al., 2008; Demir y Weitekamp, 2007; Fuller-Iglesias et al., 2008; Litwin y Shiovitz-Ezra 2006).

Es importante señalar que todas las variables que evaluaban las relaciones con la familia correlacionaban de manera moderada con la satisfacción vital. Las asociaciones entre estas variables y la satisfacción vital se podrían atribuir a las normas y valores culturales del contexto social español. En España para más de la mitad de las personas mayores la relación con la familia es uno de los aspectos que más satisfacción les produce (IMSERSO, 2009). De modo similar Otero, et al. (2006) apuntaban que las relaciones con los hijos y el apoyo emocional proporcionado por la familia tienen un impacto beneficioso en la salud mental de los mayores previniendo la depresión. Además la pareja y los hijos son la principal fuente de apoyo tangible para los mayores españoles (IMSERSO, 2012) mientras que solo el 16% de las personas mayores reciben apoyo formal y menos del 10% reciben apoyo informal de los parientes, vecinos y amigos (Bazo, 2008; Navarro et al., 2008). Cuando tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria, las personas mayores españolas prefieren recibir cuidados de la familia y tienen fuertes expectativas de que sus hijos les cuiden (Fernández-Ballesteros, 2002; Zunzunegui et al., 2001). Esto ilustra que las relaciones con la familia representan un dominio esencial de la vida de los mayores españoles.

Las asociaciones positivas encontradas en la presente tesis doctoral entre función familiar, satisfacción con la familia, número de familiares y horas semanales pasadas en compañía de la familia están en concordancia con investigaciones previas llevadas a cabo en otros contextos culturales (Guo et al., 2009; Pinquart y Sörensen 2000; Taylor et al., 2001; Thomas, 2010; Yunong, 2012).

Con respecto a las relaciones con los amigos en el presente estudio se encontró que las relaciones de amistad se asociaban de manera positiva con la satisfacción vital, tanto con los aspectos objetivos, como son el número de amigos y las horas semanales pasadas en compañía de los amigos, como con los aspectos subjetivos como son el apoyo social afectivo, el emocional, el apoyo instrumental o la satisfacción con los amigos.

Así tener un mayor número de amigos y pasar más tiempo en su compañía correlacionaba positivamente con la satisfacción vital, no obstante estar satisfecho o satisfecha con los amigos no parece tener una mayor influencia en la satisfacción vital de los participantes. De este modo confirmamos los resultados de estudios previos que habían identificado asociaciones positivas entre las relaciones de amistad y la satisfacción vital (Felmlee y Muraco, 2009; Siebert et al., 1999). Sin embargo las relaciones con los amigos no se asociaban en mayor medida con la satisfacción vital de los participantes que las relaciones familiares.

Algunos estudios previos hallaron que el efecto que tienen en el bienestar de las personas mayores es incluso mayor que el impacto de las relaciones con la familia (Cheng et al., 2011; Şener et al., 2008; O'Connor, 1995). Algunos autores (Litwin, 2001; Wenger, 1990) explican este hallazgo a través de la diferente naturaleza de las relaciones familiares frente a las relaciones de amistad. Las relaciones de amistad se eligen voluntariamente y de común acuerdo (Chen y Feeley, 2014; Demir y Weitekamp, 2006; Lee y Shehan, 1989; Siebert, et al., 1999; Pinguart y Sörensen, 2000; Wrzus et al., 2012) y pueden ser finalizadas si resultan conflictivas, no proporciona el apoyo esperado o resultan insatisfactorias (Lee y Shehan, 1989; Pinguart y Sörensen, 2000). Al mismo tiempo las relaciones de amistad se basan en valores e intereses comunes y en la reciprocidad (Felmlee y Muraco, 2009; Pinazo, 2006; Stuifbergen et al., 2008; Wenger, 1990; Wrzus et al., 2012), aspectos que determinan la baja conflictividad en este tipo de relaciones. A pesar de estas hipótesis en nuestro estudio no existe una gran diferencia entre el impacto que tienen las relaciones y las relaciones de amistad en la satisfacción vital de las personas mayores y por tanto podemos decir que ambos tipos de relaciones son complementarias. De este modo, disponer de redes sociales más amplias y estar involucrados en actividades sociales con los amigos es una oportunidad de tener una fuente adicional de apoyo a la proporcionada por la familia (Krause et al., 1990; Long y Martin, 2000). Asimismo las diferencias entre los resultados del presente estudio y la literatura previa podrían deberse a diferencias culturales en cuanto a la conceptualización sobre el tipo de interacciones sociales y vínculos que se establecen con la familia y con los amigos en diferentes culturas.

Por lo tanto, en la vejez las relaciones sociales son un aspecto importante para el envejecimiento satisfactorio, para la predicción de la satisfacción vital y para la adaptación ante eventos críticos estresantes (Faber et al., 2001; Jang et al., 2002) y la familia y los amigos son iguales de importantes para los mayores españoles.

También hipotetizamos que los recursos personales tales como la extraversión y el optimismo estarían positivamente asociados con la satisfacción vital. Los hallazgos de este trabajo apoyan esta hipótesis dado que ambos rasgos de personalidad estaban positiva y moderadamente asociadas a la satisfacción con la vida.

Estos resultados están en concordancia con estudios previos que identificaron asociaciones importantes entre la extraversión y la satisfacción con la vida y el optimismo y la satisfacción vital (Adkins et al., 1996; Baldwin et al., 2011; Berg et al., 2006; Heo y Lee, 2010; Hofer et al., 2008; Hsu y Tung, 2010; Jopp y Rott, 2006; Keyes et al., 2002; Keyes et al., 2005; Laukka, 2007; Lucas y Fujita, 2000; Marrero y Carballeira 2010; Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004). Estos hallazgos ponen de manifiesto que ser extrovertido y optimista se relaciona con una evaluación positiva de la propia vida. Por tanto la extraversión y el optimismo son recursos personales importantes para la satisfacción vital de las personas mayores.

Cabe resaltar, sin embargo, que la correlación entre optimismo y satisfacción vital era ligeramente más alta que la correlación entre extraversión y satisfacción con la vida. Este hallazgo es diferente de la literatura previa que ponía de manifiesto que la extraversión es el rasgo de personalidad que se asocia con la satisfacción en mayor medida (Butkovic et al., 2012; Gomez et al., 2012; Hofer et al., 2008; Lucas y Fujita, 2000). La correlación de .31 hallada entre extraversión y satisfacción vital en esta tesis doctoral es ligeramente más baja que las correlaciones encontradas entre extraversión y satisfacción vital en otros estudios que oscilan entre .38 y .47 (Hofer et al., 2008; Keyes et al., 2002; Lucas y Fujita, 2000). Este resultado se puede interpretar como consecuencia de las diferencias en las características de las muestras de los diferentes estudios realizados previamente. Robb et al. (2008) apuntaban que el impacto de la extraversión en el bienestar de las personas mayores ha sido estudiado en menor medida en comparación con el efecto de otros rasgos como por ejemplo el neuroticismo. Puede que en las personas mayores la correlación entre extraversión y satisfacción vital sea menor que en el caso de otros grupos de edad.

Además en el modelo de regresión múltiple la extraversión era significativa solo en uno de los modelos construidos, mientras que al introducir en los subsiguientes modelos de regresión las variables que medían las relaciones sociales la extraversión dejaba de ser significativa como predictor de la satisfacción vital. No encontrar la extraversión como predictor significativo en los modelos de regresión múltiple está en desacuerdo con algunos estudios previos que habían encontrado que la extraversión explicaba alrededor del 30% de la varianza en la satisfacción de las personas mayores (Adkins et al., 1996; Berg et al., 2006; Jopp y Rott, 2006; Laukka, 2007).

Dado que el contexto cultural en el que se estudia esta asociación puede disminuir o incluso desaparecer (Otonari et al., 2012; Schimmack et al., 2002), es posible que para las personas mayores españolas la extraversión sea de menor importancia que las relaciones sociales, o que la extraversión influya indirectamente la satisfacción vital a través de las relaciones sociales, tal y como se discutirá más adelante.

En cambio el optimismo fue la variable que se asociaba con la extraversión en mayor medida, formando parte de todos los modelos de regresión y siendo el predictor más importante. Por tanto el optimismo es un factor beneficioso para las personas mayores (M. Caprara, 2008) y un importante recurso psicológico que promueve una evaluación positiva de la propia vida. Este resultado está en concordancia con estudios previos que habían hallado asociaciones positivas y fuertes entre el optimismo y la satisfacción con la vida de las personas mayores y que ponían de manifiesto que el optimismo explicaba entre el 15 y 41% de la varianza en bienestar subjetivo (Baldwin et al., 2011; González Herero y Extremera, 2010; Heo y Lee, 2010; Ju et al., 2013; Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004). Teniendo en cuenta que las evaluaciones relativas a la satisfacción con la vida se pueden centrar en todo el ciclo vital, aludiendo al pasado, al presente y al futuro (E. Diener et al., 2003; Krause, 2004; Schilling, 2006; Street y Burge, 2012), ya que el optimismo hace referencia a expectativas futuras positivas es lógico encontrar que esperar que en el futuro ocurran cosas positivas influya las valoraciones globales sobre la propia vida.

Además, en otro estudio previo Cacioppo et al. (2008), encontraron que al introducir el optimismo en el modelo de regresión, los diferentes rasgos de personalidad del *modelo de los cinco grandes* que habían tenido en cuenta en dicho análisis dejaban de predecir la felicidad. Por tanto el optimismo parece ser un rasgo con mayor poder explicativo que la extraversión u otros rasgos de personalidad, al menos en esta muestra.

La hipótesis seis planteaba que los recursos sociales medidos a través de la red social, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social y las variables de personalidad extraversión y optimismo explicarían un mayor porcentaje de la varianza en satisfacción vital que las características sociodemográficas, el estatus socioeconómico y el estado de salud.

Esta hipótesis encontró apoyo en los resultados de esta tesis doctoral. Los recursos personales y sociales llegaban a explicar el 37% de la varianza en satisfacción con la vida, mientras que las características socio-demográficas y los recursos socioeconómicos explicaban solo un 4% de la varianza en satisfacción vital. Por otro lado, el estado de salud explicaba un 3.5% adicional de la varianza en la satisfacción vital de los participantes.

Por tanto los recursos personales y sociales son los factores más importantes en la predicción de la satisfacción vital de las personas mayores que participaron en el presente estudio. El segundo factor relevante es el estado de salud mientras que las características socio-demográficas y los recursos socioeconómicos no tienen una influencia destacada en la valoración que los participantes hacen sobre su propia vida. Asimismo encontrar que los recursos personales y sociales son predictores más fuertes de la satisfacción vital de las personas mayores que el estado de salud y que los recursos socioeconómicos está de acuerdo con el estudio de Dai et al. (2012) en el cual las relaciones familiares eran predictores más importantes del bienestar de mayores chinos.

Los recursos personales medidos a través de extraversión y optimismo explicaban el 21% de la varianza en la satisfacción vital de los participantes. Este hallazgo confirma los resultados de estudios previos que pusieron de manifiesto que la varianza en la satisfacción vital explicada por la personalidad oscilaba entre 14 y 28% (e.g. Butkovic et al., 2012; DeNeve y Cooper, 1998; Steel et al., 2008).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Los recursos sociales explicaban un 17% adicional en la varianza de la satisfacción vital de los participantes de este estudio. Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Chan y Lee (2006) el cual el apoyo social percibido llegaba a explicar hasta un 11% de la varianza en bienestar. De modo similar Chen y Feeley, (2014) encontraron que diferentes fuentes de apoyo y de estrés interpersonal junto con la soledad explicaban el 28% de la varianza en la satisfacción con la vida. Por otro lado cabe destacar que al introducir en el modelo de regresión los recursos sociales la extraversión dejaba de ser un predictor significativo de la satisfacción vital de las personas mayores. Parece que para los participantes del presente estudio la extraversión es de menor importancia para la satisfacción con la vida que las relaciones sociales.

Este resultado es también similar al hallazgo del estudio de Cacioppo et al. (2008) quienes encontraron que al introducir en el modelo de regresión la satisfacción con las relaciones sociales y la autoestima todas las variables de personalidad dejaban de predecir la felicidad.

El estado de salud explicaba el 3.5% de la varianza en satisfacción con la vida. De las variables que se incluyeron en el modelo, la evaluación subjetiva del estado de salud y las limitaciones funcionales eran predictores significativos mientras el número de enfermedades no lo eran. Por tanto, lo que parece importar para la satisfacción vital de los participantes es cómo perciben su estado de salud y la presencia o ausencia de limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud. Este hallazgo coincide con los resultados del estudio realizado por Cacioppo et al. (2008) en el cuál el estado de salud era un predictor modesto de la satisfacción vital.

Con respecto a los recursos socioeconómicos, solo la satisfacción con el nivel de ingresos fue incluido en el análisis de regresión múltiple. Esta variable fue la única que se asociaba con diferencias estadísticamente significativo y por esta razón fue la única de las variables que evaluaban los recursos socioeconómicos de los que disponían los participantes que se incluyó en el análisis de regresión. Aunque esta variable predijera la satisfacción vital de las personas mayores, el porcentaje de varianza explicado por esta variable era bajo.

Este resultado difiere de los hallazgos de Katz (2009) quién encontró que la satisfacción con los recursos socioeconómicos y el funcionamiento físico llegaban a explicar hasta el 30% de la varianza en satisfacción vital de los mayores de cuatro países europeos e Israel.

En relación a las características socio-demográficas, solo la edad predecía la satisfacción con la vida, mientras que el sexo, el estado civil y el tipo de convivencia no eran predictores significativos de la satisfacción vital de los participantes. La varianza en satisfacción vital explicada por la edad era baja. Junto con la satisfacción con el nivel de ingresos, la edad explicaba un 4% de la varianza en satisfacción vital. Este hallazgo coincide con los resultados de estudios previos que habían encontrado que los factores socio-demográficos explicaban menos del 5% de la varianza en satisfacción (Chan y Lee, 2006; Gana et al., 2013; Pinquart y Sörensen, 2000; Staudinger et al., 1999).

Por tanto ni la satisfacción con el nivel de ingresos ni la edad contribuyen de manera significativa en la explicación de la satisfacción vital. Por ende las variables más relevantes para la predicción de la satisfacción vital de los participantes eran el optimismo, la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos, el apoyo social percibido y el número de horas semanales que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red.

En lo que concierne la séptima hipótesis - los recursos sociales medidos a través de la red social, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación estarían positivamente asociados con la extraversión-encontró apoyo en los resultados de esta tesis doctoral. En la muestra estudiada la extraversión se asociaba tanto a una red social más amplia como a un mayor número de familiares y a un mayor número de amigos. Igualmente la extraversión se relacionaba con un mayor número de horas pasadas en compañía de los amigos. Estos resultados están en concordancia con la literatura previa que había demostrado que los extrovertidos tienen redes sociales más amplias y tiene más amigos que los introvertidos (Aspendrof y Wilpers, 1998; Berry et al., 2000; Kalish y Robins, 2006; Long y Martin, 2000; Pollet et al., 2011). Por tanto corroboramos que los extrovertidos disfrutaban más de las interacciones sociales y tienen una mayor tasa de actividad social que los introvertidos (Kalish y Robins, 2006; Lucas y Fujita, 2000).

Las asociaciones identificadas en esta tesis doctoral entre extraversión y número de amigos y familiares y tiempo que los participantes pasan en compañía de los integrantes de la red confirman los hallazgos de estudios previos sobre personalidad y relaciones sociales en la vejez.

Dichos estudios había identificado asociaciones positivas entre la extraversión y el tiempo que los mayores dedican a la interacción social, la frecuencia de contacto con los amigos, la asistencia a la iglesia y la participación en organizaciones y clubes (Cukrowicz et al., 2008; Kolanowski y Richards, 2002; Liang y Keith, 1990; Lang et al., 1998; Okun et al., 2007; Wilson et al., 2005).

Es posible que el desarrollo y mantenimiento de las relaciones de amistad y la tendencia a pasar mayor tiempo en compañía de los amigos sea una consecuencia del hecho de que para los extrovertidos, caracterizados por la sociabilidad y la preferencia por estar acompañados (De Fruyt et al., 2008; Doeven-Eggens et al., 2006), las relaciones sociales sean un dominio vital prioritario. De este modo, los extrovertidos considerarían más importantes las relaciones de amistad que los introvertidos. De hecho también se encontró que la extraversión se asociaba a una mayor importancia de las relaciones de amistad. Este resultado podría interpretarse en el contexto del *modelo SOC*. Este modelo teórico plantea que las personas mayores seleccionan aquellos dominios de la vida que consideran prioritarios dedicando tiempo y esfuerzo a dichos dominios en mayor medida (P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990).

Con respecto a la extraversión y el apoyo social, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto el hecho de que la extraversión se asociaba positivamente con la función familiar, con la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, con la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos, con el apoyo emocional, el afectivo y con la integración y con la aceptación social. Por tanto los participantes que puntúan alto en extraversión no solo tienen más amigos y pasan más tiempo con ellos sino que también establecen interacciones sociales de calidad y cercanas.

Estos hallazgos concuerdan con la literatura previa sobre la extraversión y apoyo social, que ilustraba que en jóvenes, la extraversión se asocia con calidad en las relaciones sociales y con la cercanía emocional (Aspendrof y Wilpers, 1998; Demir y Weitekmap, 2007; Berry et al., 2000; Bolger y Eckenrode, 1991; Hills y Argyle, 2001; Kalish y Robins, 2006; Long y Martin, 2000; Pollet et al., 2011; Swiickert et al., 2002).

Al mismo tiempo las correlaciones positivas halladas en la presente tesis doctoral entre extraversión y apoyo social y otros aspectos funcionales de las relaciones sociales están en desacuerdo con la escasa literatura existente sobre extraversión y apoyo social en personas mayores que no había identificado asociaciones positivas entre este rasgo de personalidad, la cercanía con las relaciones sociales y el apoyo social (Lang et al., 1998; Lincoln et al., 2003).

El hallazgo de las asociaciones positivas entre extraversión y los diferentes aspectos funcionales de las relaciones sociales del presente trabajo podrían interpretarse en el contexto de la *teoría de la selectividad socioemocional* (Carstensen, 1990). Esta teoría propone que las personas mayores seleccionan aquellas relaciones sociales reforzantes y que les proporcionan beneficios emocionales.

Por ello las asociaciones entre extraversión y calidad de las relaciones sociales identificadas en el presente trabajo eran predecibles y una consecuencia lógica de la forma en la que las personas mayores interactúan con su red social.

Con respecto a la hipótesis ocho- los recursos sociales medidos a través de la red social, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones sociales y la integración y la aceptación social mediaría la asociación entre extraversión y satisfacción vital- también encontró apoyo en los resultados de esta tesis doctoral. Se encontró que el optimismo se asociaba tanto a mayores redes sociales como a mayor apoyo social percibido, evaluaciones positivas de las relaciones sociales, con una mejor percepción de la función desempeñada por la familia y con la satisfacción con las relaciones familiares y de amistad.

Así el optimismo se asocia positivamente con el tamaño de la red social, con el número de familiares y de amigos. Asimismo el optimismo correlacionaba con el número de horas semanales que los participantes pasaban con los amigos.

Por tanto los mayores que puntuaban más alto en optimismo tenían redes sociales más amplias y pasaban más tiempo en compañía de sus amigos. Estos resultados corroboran las conclusiones de estudios previos que indicaban que los optimistas establecen nuevas relaciones sociales y mantienen las que ya tienen con facilidad (Carver et al., 2010; Dougall et al., 2001; Geers et al., 1998; Norem y Chang, 2002).

Puede que las redes sociales más amplias de los optimistas y el mayor tiempo que pasen en compañía de sus amigos sean una consecuencia de la percepción que los individuos tienen de las personas que puntúan alto en optimismo. Los optimistas son considerados interlocutores atractivos por las personas con las que interactúan (Brissette et al., 2002). Además, dado que los optimistas suelen promover interacciones sociales poco conflictivas, y cuando llegan a tener conflictos interpersonales suelen ser habilidosos a la hora de resolverlos (Carver et al., 2010; Sumi, 2006), es posible que los demás quieran pasar más tiempo en su compañía.

Pero el optimismo también se asocia con mayores niveles de apoyo emocional, afectivo y tangible, con la satisfacción con las relaciones familiares y de amistad y con la integración social. Los optimistas parecen sentirse comprendidos y queridos por las personas que les rodean y perciben recibir suficiente ayuda material o tangible. A la vez los optimistas se sienten parte de su comunidad.

El optimismo es, por tanto, una característica de personalidad que favorece el intercambio de apoyo con los integrantes de la red social y la satisfacción con las personas cercanas así como la integración social. Estos hallazgos son similares a los resultados de estudios previos que habían encontrado asociaciones positivas entre el optimismo y el apoyo social, particularmente el emocional y el tangible y con la satisfacción con las relaciones sociales (Carver et al. 2010; Dougall et al. 2001; Karademas 2006; Scheier y Carver 1992; Schöllgen et al. 2011; Srivastava et al. 2006; Sumi, 2006; Vollmann et al., 2011).

Puede que las asociaciones positivas entre optimismo, apoyo social y satisfacción con las relaciones sociales sean una consecuencia de que las personas que puntúan alto en optimismo suelen establecer interacciones sociales generalmente basadas en la reciprocidad, lo que contribuiría a que sus relaciones con los demás sean

armoniosas y positivas (Leung et al. 2005; Luger et al. 2009; Sumi, 2006). También es posible que los optimistas sobrestimen el apoyo que realmente reciben de su red social y perciban sus relaciones sociales de manera más positiva debido a que tienen expectativas positivas. No obstante esta cuestión sobrepasa el objetivo de la presente tesis doctoral y no se podría investigar con los datos recogidos en este estudio.

En lo que concierne la hipótesis sobre el papel mediador de los recursos sociales en la relaciones entre extraversión y la satisfacción vital, encontró apoyo en los datos del presente trabajo aunque solo parcialmente. Concretamente en los modelos de mediación múltiple que analizamos la extraversión predecía el apoyo social afectivo y emocional y la satisfacción con los amigos, variables que a su vez predecían la satisfacción vital. Así, los extrovertidos están satisfechos con sus vidas, al menos en parte, por sentirse queridos y comprendidos por los demás y por estar satisfechos con las relaciones con los amigos. Estos resultados demuestran que la satisfacción con las relaciones de amistad y el apoyo emocional y afectivo son importantes mecanismos explicativos de la relación entre la extraversión y la satisfacción vital.

Al mismo tiempo estos hallazgos están en consonancia con estudios previos que demostraron que el impacto que tiene la extraversión en la satisfacción vital, en la emocionalidad positiva y en la percepción del estrés podría explicarse a través de variables mediadoras como la actividad social o la afiliación social y el apoyo social (Finch y Graziano, 2001; González Herero y Extremera, 2010; Lucas et al., 2008; Swickert et al., 2002; Tkach y Lyubomirsky, 2006; Zhu et al., 2013).

Contrariamente a nuestra hipótesis, el número de amigos y de amigos íntimos, las horas pasadas en compañía de los amigos, la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, la integración y la aceptación social no mediaban la relación entre extraversión y satisfacción vital. Este resultado podría deberse al hecho de que los extrovertidos tienen una gran necesidad de mantener relaciones sociales de calidad (Lucas et al., 2000) en las cuales puedan satisfacer sus necesidades afiliativas.

Así, la satisfacción de este tipo de necesidades no depende del número de amigos y de la cantidad de tiempo que pasen con ellos. Esta tendencia de los extrovertidos de buscar interacciones sociales satisfactorias y que les proporcionen apoyo emocional y afectivo podría ser incluso más destacada entre las personas

mayores, ya que, tal y como plantea la *teoría de la selectividad socioemocional* (Carstensen, 1990), en la vejez, debido a la percepción del tiempo como limitado, hay una tendencia a seleccionar aquellas relaciones sociales cercanas, que proporcionan apoyo social.

También hipotetizamos que los recursos sociales mediarían la asociación entre optimismo y satisfacción vital. Esta hipótesis fue parcialmente confirmada. El análisis de mediación múltiple mostró que, de los mediadores propuestos, solo el tamaño de la red social, el apoyo tangible y la función familiar eran significativos. Tener una red social más amplia, considerar que la función desempeñada por la familia es adecuada y recibir más apoyo tangible explican parcialmente por qué las personas que puntúan más alto en optimismo están más satisfechas con la vida. Este resultado confirma los hallazgos de investigaciones previas que habían encontrado que el apoyo social mediaba la asociación entre optimismo y bienestar y optimismo y estrés (Brisette et al., 2002; Dougall et al., 2001; Luger et al., 2009; Vollmann et al., 2011).

Contrariamente a nuestra hipótesis, la evaluación subjetiva de las relaciones sociales, el apoyo emocional y el afectivo no mediaban la relación entre el optimismo y la satisfacción con la vida. Este hallazgo podría estar debido a la presencia de una tercera variable: las personas que les proporcionan a las personas mayores el apoyo emocional y afectivo.

Srivastava et al. (2006) encontraron que la asociación entre optimismo y la satisfacción con las relaciones sociales estaba explicada por el apoyo social. Como consecuencia, si las personas que les proporcionan a las personas mayores apoyo emocional y afectivo son familiares, se podría hipotetizar que la variable APGAR función familiar, o la percepción que los mayores tienen sobre la función desempeñada por la familia, suprimiría el efecto del apoyo emocional y afectivo así como de la satisfacción con las relaciones con la familia. No obstante, los resultados de la presente tesis doctoral no permiten analizar el posible efecto de supresión entre estas variables.

La hipótesis once planteaba que los mediadores de la relación entre extraversión y satisfacción vital y entre optimismo y satisfacción vital variarían en función de la presencia o ausencia de limitaciones debidas a los problemas de salud. Esta hipótesis fue parcialmente apoyada por los resultados de esta investigación.

En el caso de la extraversión tanto para las personas con limitaciones como para las que no tenían limitaciones el apoyo emocional, el apoyo afectivo y la satisfacción con las relaciones de amistad explicaban el efecto indirecto de la extraversión en la satisfacción vital.

Así, independientemente de tener o no limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud, los extrovertidos se sienten satisfechos con sus vidas si están satisfechos con las relaciones de amistad y si reciben muestras de afecto y comprensión empática y consejo de su red social.

Con respecto al efecto indirecto del optimismo en la satisfacción con la vida se encontró que para los participantes sin limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud, el tamaño de la red social, el apoyo tangible y el APGAR función familiar mediaban la asociación entre optimismo y satisfacción vital. Mientras tanto, para los participantes con limitaciones funcionales, solo el tamaño de la red social y el APGAR familiar mediaban la relación entre optimismo y satisfacción con la vida.

Encontrar que el apoyo tangible no explicaba el efecto indirecto del optimismo podría estar debido al hecho de que, al tener limitaciones funcionales, independientemente de sus características de personalidad, las personas mayores reciben apoyo instrumental debido a los valores de las personas que les rodean.

Tal y como se venía afirmando, los intercambios de apoyo social varían en función del contexto cultural. En España, y particularmente en Andalucía, el cuidado de las personas mayores dependientes es una obligación moral (Rodríguez-Rodríguez 2005). Por consiguiente, proporcionar apoyo instrumental a los familiares mayores cuando lo necesitan es una norma cultural. Tal y como lo ponía de manifiesto el último informe de IMSERSO, la familia constituye la principal fuente de apoyo para las personas mayores mientras que solo el 16% de los mayores españoles reciben apoyo formal (Bazo 2008; IMSERSO, 2012). Así las personas mayores optimistas que no tienen limitaciones funcionales reciben más apoyo tangible por su personalidad, mientras que las personas mayores con limitaciones reciben apoyo tangible como consecuencia de las normas culturales españolas sobre el cuidado de las personas dependientes.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Por tanto, las limitaciones funcionales solo afectan aquellos mediadores que se ven influidos por las circunstancias asociadas a las necesidades de recibir cuidado, como es el apoyo tangible.

Finalmente la hipótesis doce – el optimismo y el apoyo social moderarían en el impacto que el estado de salud tiene en la satisfacción vital- solo fue parcialmente apoyada por los datos. Con respecto al posible efecto moderador del optimismo encontramos que este rasgo de personalidad no moderaba el impacto del número de enfermedades, las limitaciones funcionales o la valoración subjetiva del estado propio de salud en la satisfacción vital de los participantes. Este hallazgo podría estar debido al hecho de que los participantes de este estudio tenían un estado de salud relativamente bueno y, a pesar de que un alto porcentaje de los mayores entrevistados tuvieran limitaciones funcionales, todavía podía implicarse en actividades valiosas. Esto podría indicar que el estado de salud de los participantes no estaba drásticamente deteriorado y, en consecuencia, su satisfacción vital no estaría dramáticamente afectada por las enfermedades y por las limitaciones funcionales.

De hecho, tal y como veníamos discutiendo el efecto del deterioro de la salud tuvo un efecto bajo en la satisfacción vital de las personas mayores, explicando el 3.5% de la varianza en satisfacción con la vida de los participantes. De este modo, los mayores de este estudio todavía no necesitarían utilizar el optimismo para contrarrestar el impacto perjudicial del deterioro de la salud. Por otro lado es posible que, debido a que es muy difícil que el estado de salud de las personas mayores mejore, tener expectativas futuras positivas puede que no sea adaptativo para preparar a las personas mayores a enfrentarse al declive progresivo del estado de salud que puedan sufrir a medida que irán envejeciendo.

No encontrar que el optimismo moderase el impacto del estado de salud en la satisfacción vital está en desacuerdo con investigaciones previas que habían encontrado que el optimismo moderaba, por lo menos en parte, las asociaciones entre estrés y satisfacción vital y entre evaluación de la situación estresante y depresión identificada en adultos jóvenes y en cuidadores (Chang, 1998, 2002; Márquez-González et al., 2009).

De modo similar, un estudio reciente realizado con personas mayores encontró que el optimismo moderaba el efecto que las percepciones que los mayores tenían sobre sí mismos en su salud física y mental (Wurm y Benyamini, 2014). Por tanto, en la presente tesis doctoral no se ha podido corroborar el papel del optimismo en la amortiguación del efecto de ciertas circunstancias estresantes hallado en estudios previos.

Con respecto al papel moderador del apoyo social se encontró que no moderaba el impacto del número de enfermedades y de las limitaciones funcionales. Tal y como veníamos discutiendo los participantes del presente estudio tenían un estado de salud relativamente bueno. No encontrar que el apoyo social moderase el impacto del número de enfermedades y de las limitaciones funcionales en la satisfacción vital de las personas mayores podría estar debido al hecho de que, en esta muestra, estas dos variables solo tienen una influencia modesta en la satisfacción vital. En el modelo de regresión múltiple, el número de enfermedades no era un predictor significativo de la satisfacción con la vida y las limitaciones funcionales, junto con el estado percibido de salud, explicaba solo el 3.5% de la varianza en la satisfacción con la vida.

En cambio, el apoyo social moderaba la influencia que el estado percibido de salud tenía en la satisfacción vital de los mayores que participaron en este estudio. Encontramos que el efecto de una valoración negativa de la salud se reduce cuando se tiene en cuenta el apoyo percibido. Así, las personas que indicaban estar mal de salud pero afirmaban disponer de suficiente apoyo social llegaban a obtener hasta un punto más en satisfacción con la vida que los que indicaban estar mal de salud y cuyo apoyo social era muy bajo o bajo.

De la misma manera si comparamos la puntuación en satisfacción vital de los participantes que evaluaron su salud como regular y cuyo apoyo social era alto con la puntuación obtenida por los que valoraban su salud como regular y cuyo apoyo social era muy bajo, los primeros obtiene una puntuación 0.70 puntos más alta en satisfacción vital. Por tanto, la hipótesis que planteamos en relación al efecto protector del apoyo social está apoyada por nuestros resultados.

Nuestros hallazgos confirman que el apoyo social percibido favorece el mantenimiento del bienestar, atenuando los efectos negativos de ciertos eventos estresantes, tal y como se ha encontrado previamente (Bueno y Navarro, 2003; M. Diener et al., 2003; Greve y Staudinger, 2006; Hatfield et al., 2013; Hsu y Tung, 2010; Jang et al., 2002; Kunzmann et al., 2000; Taylor y Lynch, 2004).

Por ello, mientras una valoración negativa del estado propio de salud es un factor de riesgo para el deterioro de la satisfacción vital, el apoyo social percibido puede ser considerado un factor de resiliencia, ya que favorece la adaptación a las circunstancias adversas y reduce la acumulación del desgaste patológico debido a la exposición a dichas circunstancias (Chou y Chi, 2001; Gow et al., 2007; Hsu y Tung, 2010; Jang et al., 2002; Taylor y Lynch, 2004; Wallace et al., 2001) y que favorece la salud y el bienestar (Berkman et al., 2000).

7.2. Limitaciones

Aunque esta tesis doctoral contribuya en gran medida a la literatura sobre recursos psicosociales y satisfacción vital en la vejez no está exenta de limitaciones.

En primer lugar cabe destacar las limitaciones derivadas del uso del muestreo incidental no aleatorio. Una de las limitaciones del muestreo incidental no aleatorio es el sesgo de selección. Según Lash, Fox y Fink (2009) cuando los sujetos se autoseleccionan hay un alto riesgo de que sean las personas con un determinado perfil psicológico se ofrezcan voluntarias para participar en la investigación. Por ejemplo estos autores destacan que es probable que las personas que se ofrecen voluntariamente a participar en la investigación tengan un mejor ajuste psicológico.

Asimismo el uso de este tipo de muestreo no permite extrapolar los resultados de la presente tesis doctoral a la población mayor española en general. Los participantes eran personas mayores que vivían en el ámbito urbano y eran miembros de asociaciones y/o acudían a Centros de Participación Activa promovidas por el Ayuntamiento. Por tanto es posible que se trate de personas mayores que disponen de suficientes recursos personales, sociales y económicos.

Además, aunque una importante proporción de la muestra de este estudio informara tener enfermedades y restricciones funcionales debidas a sus problemas de salud, los participantes todavía se podían involucrar en actividades organizadas por las asociaciones de mayores, lo que podría indicar que sus limitaciones funcionales no afectaban de manera drástica su independencia y la implicación social.

Aún así, si comparamos las características de los participantes del presente estudio con último estudio representativo de la población mayor española realizado a nivel nacional por IMSERSO (IMSERSO, 2012), el perfil socio-demográfico de la muestra del presente estudio es bastante similar en cuanto a la distribución de los participantes por género y en relación a su estado civil y de estado de salud. En el último informe de IMSERSO el 42% de los participantes eran hombres mientras que en el presente estudio el 38% de los participantes eran hombres.

Asimismo en el informe de IMSERSO el 61.4% estaban casados mientras que en este estudio el porcentaje de casados era de 51.2. Con respecto al estado de salud el informe de IMSERSO destaca que 82% de las personas mayores españolas tiene alguna enfermedad y el 46% tiene alguna dificultad para la realización de actividades de la vida diaria. En el presente estudio el 79% de los participantes tenía una o varias enfermedades o problemas de salud y el 47.5% tenía dificultades para la realización de actividades de la vida diaria.

Por otro lado, dado que el impacto que la personalidad y las relaciones sociales tienen en la satisfacción vital está moderado por la cultura (Kang et al., 2003; Schimmack et al., 2002) los resultados de este estudio no podrían extrapolarse a otros grupos de edad y a otros contextos culturales. Asimismo, ya que no formaron parte de la muestra personas mayores institucionalizadas, mayores que residen en el ámbito rural y los que no acuden a Centros de Participación Activa o no son miembros de asociaciones de mayores, los resultados de esta tesis doctoral no podrían extrapolarse a estos grupos de mayores y a otros contextos culturales.

Así los resultados del presente estudio son aplicables a personas mayores españoles que viven el ámbito urbano sin limitaciones funcionales drásticas, mientras que en el caso de las personas mayores institucionalizadas, las que tienen limitaciones funcionales importantes, las personas que viven en ámbitos rurales y en otros contextos

culturales, es posible que existan diferentes patrones de asociaciones entre las variables estudiadas.

Otra limitación del presente estudio es el uso de medidas de auto-informe. Este tipo de medidas podrían estar sesgadas por los motivos y las metas de los participantes y por ello puede que sus respuestas fueran sesgadas.

Además la varianza compartida de las diferentes escalas podría inflar la relación entre las diferentes variables estudiadas. En el presente estudio, para evitar la deseabilidad social, los participantes fueron informados de que no existían respuestas correctas e incorrectas y que se iba a garantizar la confidencialidad de la información que compartían con la entrevistadora. Asimismo los instrumentos utilizados en la presente tesis doctoral tienen buenas propiedades psicométricas.

Por otro lado cabe destacar que en el presente estudio nos hemos centrado exclusivamente en algunos de los recursos psicosociales de las que disponen las personas mayores para mantener su bienestar. Así otras variables relevantes tales como otros rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento, el control sobre el ambiente o la autoeficacia no se han incluido. Además no se han tenido en cuenta las trayectorias vitales y las circunstancias críticas que los mayores encontraron en etapas previas de sus vidas. Estas circunstancias también podrían haber influido en los recursos psicosociales de los que disponen las personas mayores. Asimismo, debido al enfoque centrado en recursos, se han obviado otras variables como por ejemplo la conflictividad en las relaciones sociales que también tienen un importante impacto en la satisfacción vital de las personas mayores.

Con respecto al estado de salud no se recabó información sobre la gravedad de las enfermedades y los problemas de salud que mencionaron los participantes, el tiempo que llevaban padeciendo las enfermedades y si sus problemas de salud les producía dolor físico. Tampoco distinguimos entre limitaciones para la realización de actividades básicas y avanzadas de la vida diaria. Tal y como lo plantean Piazza et al. (2007), para tener una mejor comprensión sobre el impacto que tiene la salud en el bienestar de las personas mayores, es necesario incluir estas variables.

Con respecto a los análisis de mediación solo algunos de los posibles mediadores se incluyeron en los modelos que construimos. En el caso de la extraversión hay evidencia científica que muestra que la afectividad positiva explica el impacto que este rasgo de personalidad tiene en la satisfacción vital (Lucas y Fujita, 2000; Lucas et al., 2000; Watson y Clark, 1997).

Las personas que puntúan alto en extraversión también tienen un estilo de vida activo y disfrutan de las actividades de ocio (Chapman et al., 2011; Lucas et al., 2000), aspectos que también se asocian a la satisfacción con la vida (González Herero y Extremera, 2010).

En lo que concierne al optimismo, otras variables, tales como las estrategias de afrontamiento, la actividad, el sentido de la vida, el control sobre el ambiente han sido identificadas como mediadores en la relación entre optimismo y diferentes medidas del bienestar (Benyamini, 2005; González Herero y Extremera, 2010; Ju et al., 2013; Sherman y Cotter, 2013). En consecuencia, dado que los recursos sociales solo explican una parte del efecto indirecto de la extraversión y del optimismo, en el presente estudio solo identificamos algunos de los posibles mediadores.

Por último los resultados del presente estudio tienen que interpretarse con cautela, ya que el diseño descriptivo-correlacional de corte trasversal que utilizamos tiene la desventaja de limitar la extrapolación de los hallazgos sobre la cohorte generacional estudiada y de no permitir que se establezcan relaciones de causalidad entre variables estudiadas. Como consecuencia del uso de un diseño transversal los resultados de los análisis de regresión múltiple, de mediación múltiple y de moderación son meramente descriptivos y requieren replicación en futuros estudios.

Con respecto a la variable cohorte generacional, tal y como afirman Hsu y Jones (2012), es un aspecto importante en los estudios sobre envejecimiento porque permite entender las diferencias de edad en satisfacción vital e identificar patrones de cambios en la satisfacción con la vida y en sus predictores, lo que resulta muy útil para el diseño de intervenciones.

En lo concerniente a la direccionalidad de las asociaciones entre recursos psicosociales y la satisfacción vital, asumimos que las características de personalidad y las relaciones sociales son recursos que determinan la satisfacción vital. Nuestra

elección se debe al hecho de que la personalidad está determinada en gran medida por la herencia genética y por las experiencias de la primera infancia y las relaciones sociales son una motivación humana básica (Baumeister y Leary, 1995; Headey, 2010; Ryan y Deci, 2000).

No obstante también es posible que el bienestar, la felicidad o la satisfacción vital determinen la creación y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias y que proporcionan apoyo (Cacioppo et al., 2008; Diener y Seligman, 2002; Lyubomirsky et al. 2005). Asimismo la satisfacción vital representa un indicador global del funcionamiento psicológico positivo (Caprara et al., 2010) que podría influir en los rasgos de personalidad. Así es posible que las personas que se sienten satisfechas con la vida acaben teniendo unas expectativas de futuro más positivas, tengan la tendencia de percibir que reciben más apoyo social o incluso que resulten más atractivas a los demás y por ello dispongan de redes sociales más amplias

Hobfoll (2011) incluso afirma que los diferentes recursos protectores no son independientes entre sí. Por ejemplo hay autores que afirman que tanto la personalidad como las relaciones sociales se influyen mutuamente (Back et al., 2011; Carver et al. 2010). Así es posible que disponer de un mayor número de personas y sentirse apoyado por los integrantes de la red podría influir en nuestras expectativas de futuro y reforzar los rasgos de personalidad tales como la extraversión.

En relación a este aspecto, aunque hay un gran número de estudios que han identificado las relaciones sociales como mediadores en la asociación entre personalidad y satisfacción vital (Brissette et al., 2002; Dougall, et al. 2001; Luger et al., 2009; Tkach y Lyubomirsky, 2006; Ozer y Benet-Martínez, 2006; Srivastava et al., 2006; Trunzo y Pinto 2003; Vollmann et al., 2011; Zhu et al., 2013), Karademas (2006) encontró que el optimismo explicaba al menos en parte la relación entre apoyo social y satisfacción con la vida. Este autor afirmaba que sentirse querido y apoyado podría promover expectativas de futuras positivas.

A pesar de la incapacidad del diseño trasversal de permitir establecer relaciones causales, los resultados de algunos estudios longitudinales (e.g. Berg et al., 2009; Hsu, 2012; Mroczek y Spiro, 2005) ponen de manifiesto que las relaciones sociales y la personalidad medidas al establecer la línea base de dichos estudios predicen la

puntuación en satisfacción vital recogida en oleadas posteriores de estos estudios. Así, aunque el diseño utilizado en este estudio no nos permita hablar de relaciones de causalidad entre las variables la literatura previa respalda la dirección entre variables propuesta en esta tesis doctoral.

7.3. Futuras líneas de investigación

En el apartado de limitaciones destacábamos los inconvenientes del muestreo incidental. Para poder entender en profundidad de qué modo influyen los recursos psicosociales la satisfacción vital de las personas mayores españolas, en el futuro se deberá llevar a cabo estudios con muestras representativas que incluyan personas mayores institucionalizadas, mayores que residen en el ámbito rural, o que no sean miembros de asociaciones de mayores o no acudan a Centros de participación activa. Además las futuras investigaciones sobre recursos psicosociales y satisfacción vital deberán incluir a personas mayores que tienen dificultades importantes para la realización de actividades de la vida diaria. Asimismo para poder comprender el impacto de los recursos psicosociales en la satisfacción vital en otras etapas vitales y en otros contextos culturales es necesario investigar los diferentes modelos que proponemos con otros grupos de edad y en otros contextos culturales.

Para evitar los posibles sesgos debido al uso de medidas de auto-informe, es recomendable que los futuros estudios sobre satisfacción vital y recursos psicosociales en la vejez complementen las medidas de auto-informe con metodologías cualitativas como por ejemplo el uso de diarios y con informantes claves tales como personas cercanas a las personas mayores que podría proporcionar información sobre la personalidad, las relaciones sociales y los demás recursos de los que disponen las personas mayores.

En el apartado anterior también se afirmaba que se han obviando variables importantes que podrían contribuir al mantenimiento del bienestar en la vejez. Dado que el bienestar depende de múltiples mecanismos, las futuras investigaciones deberán incluir otros rasgos de personalidad, tales como el neuroticismo, la amabilidad, la

apertura a la experiencia o la responsabilidad, y otros recursos psicológicos tales como la autoeficacia, el dominio sobre el ambiente, la autoestima o el locus de control.

Asimismo para entender cómo se han desarrollado los diferentes recursos personales, sociales y socioeconómicos de los que disponen las personas mayores en la vejez las futuras investigaciones sobre satisfacción vital deberán incluir variables que midan las influencias distales, tales como circunstancias estresantes experimentadas en otras etapas del ciclo vital y los recursos psicosociales de los que disponían en otros momentos de sus vidas.

Asimismo, teniendo en cuenta la diversidad de los contextos socioculturales de diferentes comunidades autónomas, sería enriquecedor profundizar en el efecto de los recursos psicosociales de personas mayores en comunidades autónomas distintas a Andalucía para entender si los efectos hallados en la muestra de este estudio son aplicables a personas mayores que viven en núcleos poblacionales pequeños con una baja densidad poblacional, como por ejemplo en el ámbito rural de Galicia. Así se podría comprender si en la población mayor de otras comunidades autónomas los niveles de optimismo y extraversión son muy diferentes a la población andaluza y si la forma en la que se establecen y se mantienen los intercambios de apoyo con la red social difieren en gran medida. Asimismo sería interesante poder comparar los perfiles psicológicos y sociales de los mayores de diferentes comunidades autónomas y establecer en qué medida los factores identificados en la presente tesis doctoral como predictores significativos de la satisfacción vital de los mayores andaluces siguen siéndolos para mayores de otras regiones de España.

Además para comprender la influencia que tiene el estado de salud en la satisfacción vital de las personas mayores, los futuros estudios deberían incluir la información sobre las enfermedades y problemas de salud que padecen los participantes a través del historial médico, e indagar sobre el dolor físico que podrían experimentar las personas mayores debido a los problemas de salud.

Con respecto a los análisis de mediación múltiple, para garantizar que los mediadores identificados para las asociaciones entre extraversión y satisfacción vital y entre optimismo y satisfacción vital respectivamente son específicos de estos dos rasgos

de personalidad, en futuros estudios se deberán controlar otros rasgos de personalidad y otras variables que podrían influir en estas asociaciones.

Asimismo, los estudios sobre los efectos indirectos de la extraversión y del optimismo en la satisfacción con la vida, aparte de las relaciones sociales, deberán incluir la afectividad, la tasa de actividad, las estrategias de afrontamiento, sentido en la vida o las creencias sobre las limitaciones funcionales como posibles mediadores.

Al investigar el efecto conjunto de todos los mediadores identificados hasta ahora podríamos determinar cuál tiene un mayor poder explicativo de la asociación entre extraversión y satisfacción vital y optimismo y satisfacción con la vida.

Con respecto al papel moderador de los recursos psicosociales, los futuros estudios deberán incluir otros factores protectores, tales como la autoeficacia o el dominio sobre el ambiente, que también podrían amortiguar el efecto negativo que tiene el deterioro de la salud en el bienestar de las personas mayores. También es necesario examinar el papel moderador del optimismo y del apoyo social percibido en la relación entre deterioro del estado y satisfacción vital en personas mayores con limitaciones funcionales importantes. Además sería muy enriquecedor explorar si los diferentes recursos psicosociales interactúan con variables como la severidad y la duración de los problemas de salud de los participantes y con el nivel de estrés que los mayores perciben que los problemas de salud les genera.

Finalmente la imposibilidad de distinguir entre predictores y variables resultantes en los estudios transversales que mencionamos en el apartado de limitaciones se podría superar con un estudio longitudinal. Un estudio longitudinal permitiría esclarecer si los recursos personales y sociales actúan como predictores o son el resultado de una disposición general hacia un funcionamiento psicológico positivo. Además, dado que se ha sugerido que las hipótesis de mediación deberían probarse con datos recogidos en estudios longitudinales (Maxwell y Cole, 2007; Maxwell et al., 2011) utilizando un diseño longitudinal y modelos recíprocos se podrían clarificar cuál es la relación causal entre relaciones sociales, personalidad y satisfacción vital.

Por último, en esta tesis doctoral solo se analizó la asociación entre los recursos psicosociales y la satisfacción vital. Para tener una visión más detallada del estado bienestar y de la salud psicológica en la vejez, los futuros estudios deberán estudiar el papel

de los recursos psicosociales en la promoción del balance afectivo, de la capacidad reparación emocional después de los eventos estresantes y la resiliencia. Además sería útil estudiar el posible papel protector de los recursos psicosociales ante estados emocionales como la depresión, la ansiedad y la soledad.

7.4. Contribuciones de este estudio

La presente tesis doctoral contribuye a la comprensión de los procesos que favorecen el mantenimiento de la satisfacción vital en la vejez enfatizando el papel esencial de los recursos personales y sociales. Así estos resultados avanzan el conocimiento sobre la paradoja del bienestar y aportan datos a favor del *modelo de adaptación evolutiva* (P. Martin, 2002; P. Martin y Martin, 2002).

Igualmente estudiar la extraversión y el optimismo contribuye a ampliar la literatura científica sobre el impacto de las variables de personalidad en la satisfacción vital de las personas mayores. El impacto de la extraversión en el bienestar de las personas mayores había sido estudiado en menor medida en comparación con el efecto del neuroticismo (Robb et al., 2008). Además el optimismo había recibido menos atención en la literatura gerontológica en comparación con otras variables y muy particularmente había sido estudiado en menor medida en personas mayores sin deterioro de la salud (Chang, 2002; Isaacowitz, 2005; Steptoe et al., 2006). Así con esta tesis doctoral hemos corroborado hallazgos previos sobre el impacto de estos rasgos de personalidad. Al mismo tiempo, al estudiar las asociaciones de estas variables con la satisfacción vital en personas mayores españolas hemos extendido el conocimiento existente aportando datos de un contexto cultural distinto.

Se había destacado en la introducción el hecho de que la mayoría de las investigaciones realizadas hasta recientemente habían estudiado los diferentes predictores del bienestar por separado, encontrándose resultados contradictorios con respecto al peso que cada grupo de variable podría tener en la predicción de la satisfacción con la vida en la vejez (Gruenewald et al., 2008; Hsu y Tung, 2010).

Como consecuencia, tampoco teníamos suficiente información con respecto a la utilidad de los diferentes predictores del bienestar subjetivo y del envejecimiento con éxito que permitan el diseño de intervenciones que promuevan los aspectos positivos del envejecimiento (Ng e al., 2009). Siguiendo la recomendación de Ní Mhaoláin et al. (2012) en esta tesis doctoral se adoptó una perspectiva exhaustiva en el estudio de los factores que determinan la satisfacción vital de las personas mayores.

Al estudiar conjuntamente los recursos personales, los recursos sociales y los socioeconómicos junto con la salud en relación a la satisfacción vital se han identificado los factores que tienen mayor peso en la predicción de la satisfacción de las personas mayores españolas participantes en el estudio.

Además, teniendo en cuenta que en el contexto español se habían realizado pocos estudios que adoptasen el enfoque centrado en recursos psicosociales, los resultados de la presente tesis son muy relevantes para identificar los recursos más importantes para los mayores españoles.

Este aspecto es crucial porque, según Hobfoll (2002), las diferentes demandas y valores de los distintos contextos culturales contribuyen a que, en función del contexto cultural, algunos recursos sean más importantes que otros. Como consecuencia extrapolar los resultados de estudios realizados en otros contextos culturales diferentes al español no era adecuado. Por tanto los resultados de esta tesis doctoral contribuyen a una mejor comprensión de la experiencia de envejecer en España y podría ser útil para guiar la política social sobre envejecimiento y la práctica profesional.

Esta tesis doctoral también contribuye a delinear el perfil de aquellas personas mayores que consiguen acumular recursos sociales. Encontramos que la extraversión y el optimismo se asocian a redes sociales más amplias y promueven el apoyo social, la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos y la integración social. Así las personas mayores que puntúan alto en extraversión y en optimismo tienen facilidad para establecer y cultivar relaciones sociales satisfactorias. Estos hallazgos amplían la literatura sobre los predictores de las relaciones sociales y aporta datos que apoyan el *modelo del convoy o de la caravana social* (Kahn y Antonucci, 1980).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

Encontrar asociaciones positivas entre extraversión, optimismo, relaciones sociales y satisfacción vital sugiere, además, que las personas mayores dedican tiempo y esfuerzo a aquellos dominios vitales que son congruentes con su personalidad.

Por otro lado, este estudio amplía el conocimiento disponible sobre los mecanismos que explican la influencia de predictores claves como la personalidad en el funcionamiento positivo en la vejez. Según nuestro conocimiento pocos estudios habían comprobado si, en la vejez, la relación entre extraversión y satisfacción vital y optimismo y satisfacción vital respectivamente estaba explicada por las relaciones sociales. Por consiguiente los resultados de esta tesis doctoral contribuyen a una mejor comprensión de la compleja relación que existe entre personalidad, relaciones sociales y satisfacción vital en la vejez y corroboran la importancia de los diferentes tipos de apoyo social y de la satisfacción con las relaciones con la familia y con los amigos como mecanismos explicativos de los efectos indirectos de la extraversión y del optimismo.

Asimismo al encontrar que los mediadores que explican la relación entre optimismo y satisfacción son distintos para el grupo de participantes con y sin limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud hemos ampliado la evidencia científica existente sobre los efectos indirectos que tiene el optimismo en el bienestar.

Por último encontrar que el apoyo social percibido moderaba el impacto de la evaluación de subjetiva del estado de salud en la satisfacción vital contribuye a aumentar la literatura sobre el papel que juegan los recursos psicosociales en amortiguar las circunstancias estresantes a las que se enfrentan las personas mayores.

Los hallazgos presentados en esta tesis doctoral son únicos y novedosos. Hemos corroborado la importancia de la personalidad y de las relaciones sociales para el mantenimiento de la satisfacción vital en personas mayores españolas. También hemos identificado vías indirectas únicas que explican al menos en parte cómo llegan a influir la extraversión y el optimismo la satisfacción vital de las personas mayores.

Además hemos corroborado que el apoyo social amortigua en el efecto negativo que el deterioro de la salud tiene en el funcionamiento psicológico en la vejez.

Consideramos que estos resultados son útiles para entender cómo consiguen algunas personas mayores mantenerse satisfechos con la vida.

7.5. Implicaciones para la práctica gerontológica

Dado que en esta tesis doctoral hemos identificado los recursos personales y sociales como los factores más relacionados con la satisfacción vital de las personas mayores, resaltamos la importancia de la puesta en marcha de intervenciones que fomenten el desarrollo de dichos recursos. Tal y como sugieren Prati y Pietrantonì (2009) las intervenciones que tienen como objetivo aumentar los recursos personales y sociales, tales como el optimismo y el apoyo social, podrían ser beneficiosas para promover la superación de situaciones altamente estresantes.

Por tanto habría que desarrollar intervenciones que estimulen la extraversión y el optimismo entre las personas mayores y no solamente llevar a cabo intervenciones que persigan modificar y mejorar los contextos ambientales.

Aunque está generalmente aceptado que la personalidad, que está determinada por la herencia genética y por las experiencias de la primera infancia (Headey, 2010), es relativamente estable y difícil de cambiar (Trunzo y Pinto, 2003), Chapman et al. (2011) afirman que las características de personalidad podrían ser modificados a través de intervenciones psicosociales que se centran en cambiar pensamientos y comportamientos.

Teniendo en cuenta que hay estudios que demuestran que comportarse de manera extrovertida beneficia tanto a los extrovertidos como a los introvertidos (Fleeson, Malanos y Achille, 2002) y que hemos encontrado que la extraversión y el optimismo se asocian a un mayor apoyo percibido, una posible línea de intervención con las personas que indican no disponer de suficiente apoyo sería promover iniciativas que les permitan adoptar aquellos comportamientos observados en los individuos que puntúan alto en extraversión y optimismo. Es decir pasar un mayor número de horas en compañía de sus familiares y amigos, mostrar una mayor aceptación social y tratar de evaluar de manera más positiva sus relaciones familiares y de amistad.

En particular, la promoción del optimismo se hace necesaria, ya que su impacto en la satisfacción vital de las personas mayores es sustancial. El optimismo es susceptible de ser modificado a través de terapias cognitivo-conductuales adecuadas (Carver et al., 2010; Peterson, 2000; Pretzer y Walsh, 2001). Pretzer y Walsh apuntan que, para que este tipo de intervenciones tengan éxito, tienen que abordar de manera directa las cogniciones que tienen que ver con el optimismo. De esta manera, dado que el optimismo influye en la forma en la percibimos y procesamos la realidad, es importante desarrollar y aplicar programas de intervención que ayuden a las personas mayores a generar cogniciones adaptativas y que les permita mantener expectativas positivas hacia el futuro.

Adicionalmente, encontrar que la extraversión y el optimismo se asocian con todos los tipos de apoyo social, con la satisfacción con la familia y con los amigos y con la integración y la aceptación social permite dibujar el perfil psicológico de las personas mayores que tienen habilidad para desarrollar y mantener relaciones satisfactorias. Descubrir cuál es este perfil puede ser muy instructivo para identificar con facilidad aquellas personas mayores que podrían tener un mayor riesgo para perder apoyo informal y para no ver sus necesidades sociales cubiertas a través de sus existentes redes sociales. Así los profesionales que trabajan con personas mayores podrían disponer de información para el diseño de intervenciones que traten de evitar la pérdida de red social y la insatisfacción de las necesidades de interacción social (Krause, 2006).

Al mismo tiempo, en esta tesis doctoral resaltábamos la importancia de los recursos sociales para el mantenimiento de la satisfacción vital en la vejez. Promover las relaciones sociales satisfactorias y que proporcionen apoyo social es un aspecto esencial. Ya que se trata de un recurso susceptible de ser modificado o reforzado (Hsu y Tung, 2010), las intervenciones que favorezcan aquellas relaciones sociales satisfactorias que les proporcionen apoyo a las personas mayores puede resultar más fácil que tratar de cambiar rasgos de personalidad establecidos. Por lo tanto es esencial reforzar los recursos ya existentes tales como los Centros de Participación Activa, las asociaciones de mayores y la Universidad para Personas Mayores y promocionar nuevas iniciativas que permitan a las personas mayores aumentar sus redes sociales existentes e interactuar con nuevas generaciones.

Particularmente entre aquellas personas mayores que evalúan el estado propio de salud de manera negativa es imperioso fomentar la satisfacción con el apoyo recibido.

De este modo podemos contrarrestar el posible efecto perjudicial de la valoración negativa de la salud, a veces justificada por el incremento de los déficits funcionales generados por los procesos de envejecimiento. Al contrarrestar el efecto de una valoración negativa de la salud fomentaríamos el mantenimiento del bienestar y evitaríamos la aparición de estados emocionales negativos tales como sentimiento de insuficiencia, inutilidad, soledad, y depresión y la disminución del afecto positivo (Bozo et al., 2009; Gleicher et al., 2011; Hatfield et al., 2013; Kunzmann et al., 2000). Esto se podría alcanzar incrementando el apoyo social de las personas que perciben de manera negativa su salud.

Simultáneamente es necesario concienciar a las familias y a los profesionales de las necesidades y expectativas que tienen las personas mayores en relación a las interacciones sociales y al apoyo social (Jang et al., 2002). Tal y como apunta Katz (2009), las políticas sociales de envejecimiento deberían dirigirse a fortalecer los lazos emocionales positivos entre las personas mayores y sus familias y amigos. Para ello las campañas de información sobre la vejez y las necesidades y expectativas de las personas mayores dirigidas a la sociedad en general y a las familias de las personas mayores en particular son fundamentales. En los casos en los que las relaciones entre las personas mayores y sus familiares más cercanos están profundamente deteriorados incluso la terapia de familia podría llegar a ser relevante (Merz et al., 2009).

Finalmente esta tesis doctoral ilustra, aunque de modo indirecto, que las personas que tienen restricciones debidas a los problemas de salud reciben apoyo tangible de sus familias. Este hallazgo pone de manifiesto que los cuidadores de las personas mayores deberían recibir apoyo formal para evitar las posibles consecuencias negativas derivadas de una situación prolongada de cuidado, y muy especialmente entre las familias con un nivel socioeconómico bajo para quienes proporcionar apoyo instrumental durante largos periodos de tiempo puede llegar a ser estresante.

7.6. Conclusiones

Para concluir la presente tesis doctoral pone de manifiesto lo siguiente:

Las características socio-demográficas tenían una influencia débil en la satisfacción vital de los participantes.

De todas las variables que medían los recursos socioeconómicos solo la satisfacción con el nivel de ingresos actual influía la satisfacción vital de las personas mayores que participaron en el estudio, aunque solo modestamente.

El estado de salud influía la satisfacción vital de las personas mayores, aunque solo débilmente. La evaluación de estado propio de salud y las limitaciones funcionales debidas a los problemas de salud eran las variables con mayor influencia en la satisfacción con la vida, mientras que el número de enfermedades y el tipo de enfermedad eran de menor importancia.

Los recursos sociales se asociaban positiva y moderadamente con la satisfacción vital a nivel bivariado y a nivel multivariado eran predictores significativos. Concretamente pasar más tiempo en compañía de los integrantes de la red, sentirse apoyado/a por las personas que le rodean y estar satisfecho/a con las relaciones familiares y de amistad eran las variables más relevantes para la satisfacción vital de los participantes del presente estudio.

Tanto las variables que evaluaban las relaciones con la familia como las que valoraban las relaciones con los amigos tenían un impacto similar en la satisfacción vital de las personas mayores que participaron en esta investigación.

Los recursos personales extraversión y optimismo se asociaban positiva y moderadamente con la satisfacción vital a nivel bivariado. Sin embargo a nivel multivariado solo el optimismo era un predictor significativo de la satisfacción vital, mientras que la extraversión dejaba de predecir la satisfacción vital cuando se incluían los recursos sociales en el modelo de regresión múltiple. Así, en esta muestra el optimismo era un factor con un mayor poder predictivo que la extraversión.

Los recursos sociales y personales explicaban un importante porcentaje de la varianza en la satisfacción con la vida de los mayores que participaron en esta investigación, mientras que el estado de salud percibido, las limitaciones funcionales, la satisfacción con el nivel de ingresos y la edad explicaban un bajo porcentaje de la satisfacción vital de los participantes.

La extraversión y el optimismo influían en el tamaño de la red, el número de horas semanales que los participantes pasaban en compañía de los integrantes de la red, el apoyo social, la satisfacción con las relaciones familiares y de amistad, la valoración subjetiva de las relaciones sociales, la percepción sobre la función desempeñada por la familia, la integración y la aceptación social.

El apoyo afectivo, el apoyo emocional y la satisfacción con los amigos tenían un papel explicativo en la relación entre la extraversión y la satisfacción vital actuando como mediadores. El tamaño de la red social, el apoyo tangible y la función familiar tenían un papel explicativo en la relación entre optimismo y la satisfacción vital actuando como mediadores.

La presencia o ausencia de limitaciones debidas a los problemas de salud modifica el efecto indirecto que el optimismo tenía en la satisfacción vital. Mientras tanto las limitaciones funcionales no influye el efecto indirecto que la extraversión tenía en la satisfacción vital de los participantes.

El apoyo social percibido moderaba la influencia que el estado percibido de salud tenía en la satisfacción vital de los mayores que participaron en este estudio.

En resumen la satisfacción vital de los participantes de este estudio no dependería en gran medida del género, de la forma de convivencia o del nivel de estudios y de sus ingresos. Tampoco parece que la edad o la presencia e incidencia de las enfermedades afectaran dramáticamente la valoración global que los mayores hacían sobre sus vidas. La satisfacción vital de los mayores que participaron en este estudio estaba influida por los rasgos de personalidad, predisposiciones arraigadas en sus amplias experiencias vitales que afectan su forma de percibir y procesar la realidad, y por las relaciones con las personas cercanas que les rodean.

CHAPTER 8:

ENGLISH SUMMARY OF THE DISSERTATION

**DOCTORAL DISSERTATION AT THE UNIVERSITY OF GRANADA, SPAIN,
2014**



Life satisfaction in old age: the impact of psychosocial resources

by

Cristina G. Dumitrache

**Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Doctor of Philosophy at the University of Granada**

University of Granada

Department of Developmental and Educational Psychology

Phd Programme in Social Gerontology

Phd Supervisor: Professor Rubio Herrera

Contents

Introduction	245
Theoretical background	247
Aims and Hypotheses	264
Method	268
Results	276
Discussion	297

Introduction

Over the last century a progressive growth of older population has taken place in Spain. At the beginning of the twentieth century, only 5.2 % of the Spanish population was reaching the age of 65 years. Currently, in Spain, 17% of the Spanish Population are 65 years and above and predictions indicate that this percentage will increase to 30 by 2060 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO, 2012).

Living longer, however, implies higher probability of health problems and functional capacity deterioration for many older adults (Higgs, Hyde, Wiggings & Blane, 2003; Jylha, 2004). The last nationwide survey on aging conducted in Spain by the Ageing and Social Services Institute indicates that almost 82% of Spanish older people have some illness or some chronic health problem and 46% of them have some limitation in performing daily life activities (IMSERSO, 2012).

Health and functional deterioration, together with many other numerous changes that older people might experience as they grow older are critical and uncontrollable events (Chen & Feeley, 2014; Duke, Leventhal, Brownlee & Leventhal, 2002; Kane, 2005; P. Martin, 2002; Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002) that could negatively affect older people's well-being and quality of life.

Nevertheless, these challenges do not uniformly hinder older people's well-being (Caprara & Steca, 2005; Keyes, Ryff, & Shmotkin, 2002; P. Martin & Martin, 2002; Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2007). There are many aging profiles and trajectories (Rubio Herrera, 2004): while some older adults cannot successfully manage losses and age-related changes, others are not depressed or dissatisfied (Staudinger, Freund, Linden, & Maas, 1999; Villar, 1997) and age successfully despite challenges. This leads us to consider why some older adults manage to age successfully and maintain a stable level of well-being despite difficulties.

This ability of some individuals to maintain well-being and positive representation of the self in old age, despite difficulties, has been called the *well-being paradox* (Brandtstädter & Greve, 1994; Kunzmann, Little, & Smith, 2000; Mroczek & Kolarz, 1998).

It has been suggested that the *well-being paradox* can be explained by the *adaptation* or *resilience* that older adults demonstrate when facing stressful events like health deterioration (Greve & Staudinger, 2006; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Ong, Bergeman & Baker, 2009). Greve and Staudinger (2006) argue that the stability of life satisfaction in old age denotes the presence of “mechanisms which buffer or completely absorb the impact of increasingly negative influences [...], an expression and a result of resilience-related processes and resources” (p.797 - 798).

According to the *model of developmental adaptation*, adjustment and well-being maintenance are possible due to internal and external resources such as personality, locus of control, self-efficacy and social support (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002). In this way the elderly that have certain personality dispositions and count on social support, or have economic resources, are more likely to be satisfied with their lives despite health-related changes. Furthermore as highlighted by P. Martin (2002) socioeconomic and individual resources are especially important when the elderly deal with physical health difficulties because these resources can moderate the effect of age-related challenges.

There is a wide scientific evidence on the resources that foster adaptation in the ageing and the psychological literature (e.g. Bishop, Martin, & Poon, 2006; Dai, Zhang, & Li, 2013; Jopp & Rott, 2006; Schöllgen, Huxhold, Schüz, & Tesch-Römer, 2011; Windle & Woods, 2004; Windsor, Fiori, & Crisp, 2012). However few studies on this issue have been carried out with Spanish older people.

The impact that personality has on life satisfaction and on affective well-being is moderated by cultural factors (Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto, & Ahadi, 2002, VonDras, Pouliot, Malcore, & Iwahashi, 2008). Also the way exchanges of social support are perceived and relevance of quality of social interaction in predicting life satisfaction also vary by cultural context (Kang, Shaver, Sue, Min & Jing, 2003; Zunzunegui, Beland, & Otero, 2001).

Because of these cultural variations we suppose that patterns of association between different resources and life satisfaction might be different in the Spanish context in comparison with those identified by previous studies. In Spain, social relations, and particularly close relations such as family and close friends, play an important role in older people's lives. When the elderly have difficulties in performing activities family members constitute their main source of support and only 16% of the Spanish elderly receive formal support for instrumental activities (Bazo, 2008; IMSERSO, 2012). This proves that in Spain, caring for the elderly is still seen as moral obligation and providing instrumental support to older family members when they have difficulties it still normative (Rodríguez-Rodríguez, 2005). Thus we believe it would be informative to study the impact of psychosocial resources on the Spanish older adults' life satisfaction in order to better understand how these variables influence their experience of ageing.

Furthermore, the mechanisms that explain how personality influences older people's well-being are not fully understood (Franco et al., 2009). Because personality is one of the strongest predictor of subjective well-being understating these mechanisms is extremely important.

In the present study we explore the impact of psychosocial resource on older people's life satisfaction. Specifically the joint effect of psychosocial resources, health and socio-demographic characteristics was analyzed. Also, in order to clarify how some personality characteristics are linked to life satisfaction in old age and in the Spanish cultural context, different social relations variables were analyzed as possible mediators in the link between extraversion and life satisfaction and between optimism and life satisfaction respectively. Furthermore the role of optimism and social support as moderators of health deterioration was tested. In the following section we present the literature review and a summary of the empirical studies we carried out.

Theoretical background

The theoretical background of this thesis is the general framework of *successful aging* and more specifically the *developmental adaptation model* (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002).

Successful ageing

Successful ageing is one of the most popular terms used by researchers to describe ageing well (Depp & Jeste, 2006; Peel, Bartlett & McClure, 2004). There are many successful ageing models (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002); however they can all be categorized as biomedical or psychosocial approaches (Bowling & Dieppe, 2005). The models of successful ageing by Rowe and Khan (1987, 1997) and the model by P.B. Baltes and M.M. Baltes (1980, 1990) stand out as important examples for each one of these two approaches.

Rowe and Kahn developed their model in 1987 and their article was an important milestone for the research on ageing (Depp & Jeste, 2006; Zarit, 2009). According to Rowe and Khan (1997) successful ageing is a multidimensional process characterized by the maintenance of cognitive and physical functioning, the absence of disability and an active engagement in social and productive activities. Figure 8.1 depicts Rowe and Khan's model.

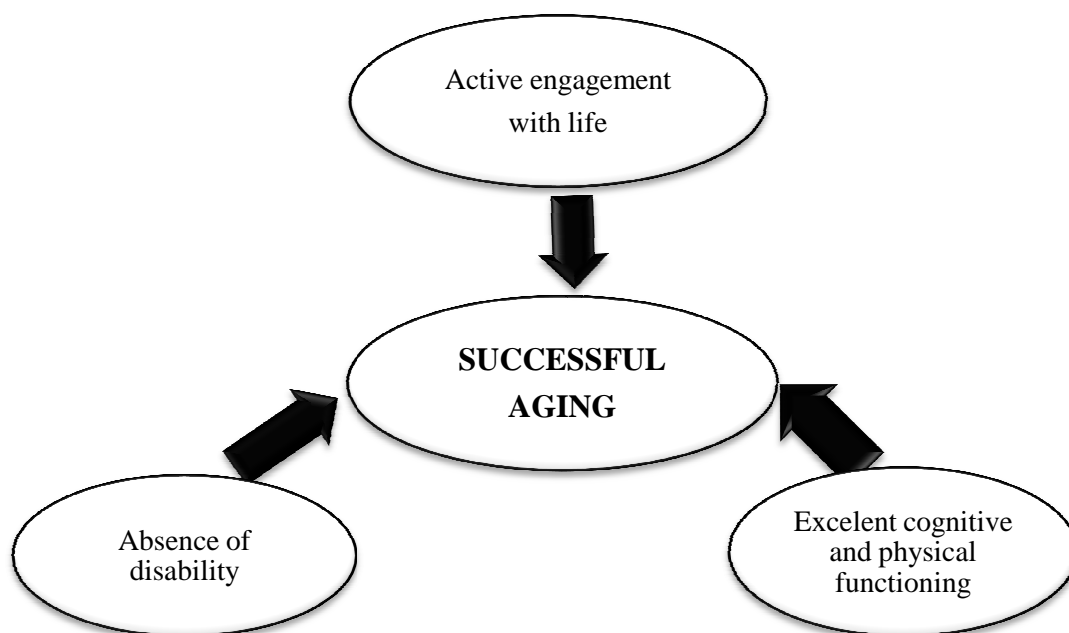


Figure 8.1. The model of successful aging by Rowe and Khan. Adapted from Rowe and Khan (1987)

Although initially they focused on successful ageing, subsequently, Rowe and Khan (1997) distinguished between normal and successful ageing as different non-pathologic states. While successful ageing involves excellent functioning, normal ageing entails functioning with minor difficulties (Zarit, 2009). Therefore successful ageing is as a category of ageing well (Khan, 2002), more specifically the positive extreme of it (von Faber et al., 2001).

Although Rowe and Khan's model has made a significant contribution to the study of ageing well (Zarit, 2009), the model has been criticized for its weaknesses. Health is a central element in Rowe and Khan's model (Zarit, 2009), nevertheless, as P.B. Baltes and Carstensen (1996) suggest, good physical health cannot be the only requirement for successful ageing, since a considerable number of older people present chronic health conditions. Thus this model of successful ageing focuses on a minority of older adults which is restrictive and unrealistic (Bowling & Dieppe, 2005; Masoro, 2001; McCarthy & Lander, 2011; Strawbridge et al., 2002).

While few older people meet Rowe and Khan's criteria to be considered successful agers, the majority of them are being excluded and defined as unsuccessful (Strawbridge et al., 2002), as they experience disease and disability at some level (Bowling & Dieppe, 2005; Masoro, 2001). However, despite their health problems, the majority of the elderly population is still able to engage in social and productive activities (Zarit, 2009) and describe themselves as being successful in their ageing process.

The model by Rowe and Khan has also been criticized because of the risk of recrimination of those less fortunate, like the low-income elderly or minority groups (McCarthy & Lander, 2011). It has been argued that this model could lead to labelling the unsuccessful agers as blameworthy for not being able to maintain their health status (Masoro, 2001; Zarit, 2009). At the same time it could provoke the decrease in the interest for preventing and managing age-related functional changes (Strawbridge et al., 2002).

In response to these criticisms Khan (2002) argues that the research on the *biopsychosocial* determinants of successful ageing should motivate researchers to investigate the diversity of older people, rather than to focus on a minority of them.

At the same time, Khan suggests that the model, rather than reducing interest in managing and preventing disability, should encourage people to change their lifestyles in order to increase their possibility of aging well.

A different approach to successful ageing is the *selective optimization with compensation model (SOC)* of successful ageing initially developed by P.B. Baltes and M.M. Baltes (1980). This is a psychological model (Freund & Baltes, 1998) which emphasizes the role of adaptation to age-related changes in achieving successful ageing (P.B. Baltes & M.M. Baltes, 1990). This continuous process of adaptation (Zarit, 2009) is attained through the use of three key strategies: *selection*, *optimization* and *compensation* (P.B. Baltes & M.M. Baltes, 1990; P.B. Baltes & Carstensen, 1996; Freund & Baltes, 2002). *Selection* is a response to age-related declines and implies voluntarily restricting goals and tasks depending on their priority, on the environmental demands and the individual's capacities (P.B. Baltes & Carstensen, 1996; Freund & Baltes, 1998). *Optimization* entails assuring a high level of functioning in those domains that are relevant to the achievement of the selected goals; it is attained by assigning internal or external resource that are still preserved (Freund & Baltes, 1998). The process of turning to preserved resources when facing age-related decline that encompasses loss of resources is denominated *compensation* (Freund & Baltes, 2002). This becomes especially relevant when capacities are not sufficient to determine an adequate level of functioning (P.B. Baltes & Carstensen, 1996).

This model of successful ageing conceptualizes old age as a period that entails both gains and losses and those categorized as '*successful agers*' are those who are able to accept age-related declines and attain their goals (P.B. Baltes & Carstensen, 1996).

As it is a broader model, SOC permits the presence of chronic illness; therefore more people could be described as successful agers (Strawbridge et al., 2002). On the other hand this model can also be criticized because it is difficult to operationalize the three major strategies that it proposes (Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez, & García, 2006). Furthermore, although the model explains how older people compensate cognitive and physical impairment, it does not contemplate the role of specific resources, such individual and social resources, that contribute to adaptation in old age and particularly it does not illustrate the role of distal influences such as family

functioning in younger ages or the biography of older individuals (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002).

Both models of successful ageing describe the process of ageing well from a different perspective and emphasize the influence of different aspects that contribute to it. While Rowe and Khan's model highlights the importance of biological and behavioural aspects, the model by Baltes and Baltes stresses the role of adaptation and the psychological resources that favour it (McCarthy & Lander, 2011).

It has been argued that both models make important contributions to the understanding of the process of ageing well, complementing each other (Kahn, 2002). Yet, when they describe and explain positive ageing, they both use the same term. The term *successful ageing* has received many criticisms (P.B. Baltes & Carstensen, 1996). According to Strawbridge et al. (2002) it is "*problematic*" (p.728) due to the fact it could lead to interpreting ageing as a "contest where there are winners and losers" (p.728). Other authors consider the term inadequate for describing positive ageing as a process that "does not involve ageing at all" (P.B. Baltes & Carstensen, 1996, p. 400).

However, despite the controversy of the term *successful ageing*, the general framework is useful because it contributed to indentifying the factors that foster ageing well. Unlike the United States, where researchers prefer the term *successful ageing*, in Europe the term active ageing is preferred and a great number of European countries have adopted the World Health Organization (WHO) definition and developed their ageing polices based on the recommendations made by the WHO (Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012).

In Spain, and particularly in Andalusia, the main policy on ageing is based on the World Health Organization (WHO) Active Ageing Policy Framework. The Spanish and Andalusian active ageing polices adopt the definition and recommendations made by the WHO and, at the same time incorporates older people's views on active ageing.

According to the "White Paper on Active Ageing" produced by the Andalusian Government, active ageing entails ageing securely, ageing healthily, participating and contributing in society and learning and being trained (Junta de Andalucia, 2010). The Andalusian policy on active ageing includes 130 recommendations derived from the WHO active ageing framework.

Some of the recommendations include promoting mental health and well-being. For example recommendation 50 states that it is necessary to include all elderly people in all the mental health promotion strategies” (p.493), recommendation 52 underlines the importance of promoting “the training of people to improve self-efficiency, problem solving, pro-social conduct and ability to cope throughout the lifecycle” (p. 493), and recommendation 81 emphasises the relevance of “people accepting the changes they undergo throughout their life and encouraging them, according to their personal preferences and abilities, to make their own plans for the use of their time and for personal fulfilment” (p. 497).

The model of developmental adaptation

The *model of developmental adaptation* postulates that past and present detrimental experiences could negatively affect older people’s life satisfaction and adaptation (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002). According to this model, successful ageing and adaptation are possible due to the existence of psychological and socioeconomic resources that play a role in mediating or moderating the effect of detrimental experiences. The psychological resources include, for example, personality characteristics, self-efficacy or control beliefs and socioeconomic resources involve different types of perceived social support and social networks.

These resources foster adaptation when older individuals have to deal with developmental changes such as health and functional status impairment or loss of significant social relationships, which are potentially stressful circumstances that can negatively impact older individuals’ well-being, mental and physical health (P. Martin, 2002). In this model mental and physical health and well-being are considered developmental outcomes (P. Martin, 2002; P. Martin & Martin, 2002).

The model suggests that individuals’ adjustment not only depends on their level of present resources but also on their past experiences such as parental care or adverse childhood events. These influences are called distal influences while the present resources and the recent events individuals experience are called proximal influences (P. Martin & Martin, 2002).

Life satisfaction as a criterion for successful ageing

There is no agreement regarding the best criteria to measure successful ageing (Ng et al., 2009). A very recent systematic review (Cosco et al., 2014) highlights the great heterogeneity of successful ageing criteria.

The majority of researchers consider that optimal development can be measured by using a series of criteria such as a good health, social engagement and a positive assessment of life (Huxhold, Fiori, & Windsor, 2013). Among the most used outcomes that reflect successful ageing, Cosco et al. (2014) identified the following ones: physiological status (that includes health, functional status or longevity); well-being (affect and life satisfaction); active engagement with life (social support systems and social interaction); personal resources (coping and resilience) and extrinsic factors (environment and economic status).

Health status, active engagements with life or cognitive functioning are objective criteria (Kanning & Schlicht, 2008; Triadó & Villar, 2006) since an external assessment carried out by the researchers is needed. Meanwhile the individuals' perception of their ageing process, loneliness, life satisfaction, or subjective health are subjective criteria that imply a subjective interpretation the elderly have to carry out (Blazer, 2006; Ní Mhaoláin et al., 2012; Triadó & Villar, 2006). Some authors claim that subjective indicators of successful ageing are as relevant as the objective ones (e.g. Blazer, 2006) and some assert that life satisfaction is one of the most important criterion for successful ageing (e.g. Kanning & Schlicht, 2008).

In this thesis we consider life satisfaction as the best criterion for successful ageing because it reflects the influence of long and short term recent and past experiences (P. Martin & Martin, 2002). Also as emphasized by M. Caprara (2008) criteria and predictors of successful or active ageing are often misunderstood, sometimes predictors are used as criteria and some others they are not. Thus, in order to avoid this confusion, in this thesis we consider life satisfaction as the only criterion for successful ageing while health status and personal and social resources are predictors.

Life satisfaction has been identified as an important outcome associated with successful aging by many authors, more specifically, as a global subjective indicator of successful ageing (Bowling & Dieppe, 2005; Freund & Baltes, 1998; Lupien & Wan, 2004). Moreover, life satisfaction is considered an essential element of the subjective dimension of ageing (IMSERSO, 2009). Its significance is due to the fact that it is an important indicator of quality of life and mental health in old age and because it can be seen as a *macro indicator* of social, psychological and physical functioning (Bowling, 1990; Bowling, Farquhar, Grundy & Formby, 1993; Tomás, Meléndez, & Navarro, 2008). It also is useful for identifying those elderly at risk of low quality of life and for determining the effectiveness of health care services and rehabilitation programmes provided to older adults (Ebersole, 1995; Keister & Blixten, 1998). Hence measuring it is of great relevance to the research on ageing (Bowling, Grundy & Farquhar, 1996; Bowling, 1990).

Life satisfaction as a component of subjective well-being

Life satisfaction belongs to the general context of subjective well-being which refers to a positive orientation in life (Caprara, Steca, Alessandri, Abela, & McWhinnie, 2010; Ní Mhaoláin et al., 2012). The subjective well-being construct has its roots in the hedonistic philosophical tradition, which conceived well-being as a result of maximizing pleasant experiences and minimizing the unpleasant ones (Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999).

The initial structure of subjective well-being proposed by Diener in 1984 was largely based on the structure initially proposed by Andrews and Whitey (1976) and included an affective component of positive and negative affect, and a cognitive element or life satisfaction. Subsequently satisfaction with life domain was also included in the structure of subjective well-being (Schimmack, 2008).

Life satisfaction, the cognitive component of subjective well-being, is defined as a global appraisal that people carry out, comparing their achieved goals with previous expectations (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Such evaluations can focus on the entire life span, alluding to the present, the past and even to the future (Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Schilling, 2006; Street & Burge, 2012). They illustrate relevant circumstances that occurred along the life span or temporary events of great importance that are accessible to our memory when we appraise our lives (Heo & Lee, 2010; Street & Burge, 2012; Schimmack, 2008). In addition, these evaluations are based on the present emotional mood and on relevant past emotional states (Schimmack, 2008), although the affective component does not overlap life satisfaction (Lucas, Diener, & Suh, 1996).

Life satisfaction and other similar terms

In general life satisfaction is referred to as the cognitive component of subjective well-being; however it has also been used as a synonym of happiness or quality of life.

Regarding happiness and life satisfaction, although there is no agreement with respect to their nature, in this thesis we consider that both constructs are different aspects of positive psychological functioning and cannot be used interchangeably. Sometimes happiness has been used as an equivalent of life satisfaction and some others as a synonym of affect (Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). Diener (2000) defined happiness as “affect balance” (p.36) and considers that happiness is reached by experiencing frequent positive emotions and by not feeling unpleasant emotions on a frequent basis. Thus happiness is an affective transitory state and life satisfaction is a relatively stable cognitive appraisal (Taylor, Chatters, Hardison, & Riley, 2001).

Quality of life is another term that has been used as an equivalent for life satisfaction (Ní Mhaoláin et al., 2012). Quality of life is a wide, multidimensional, multi-level variable that includes both subjective and objective factors (Fernández Ballesteros, Kruse, Zamarrón, & Capara, 2007; Steel et al., 2008). Meanwhile life satisfaction is a psychological variable that refers to a subjective evaluation of life. Some authors (e.g. Ní Mhaoláin et al., 2012) claim that the distinction between these two concepts is not very clear, however quality of life encompasses some aspects, such as environmental conditions, that clearly distinguishes it from life satisfaction (Fernández-Ballesteros, et al., 2007).

Besides, life satisfaction is an independent construct that does not overlap with other similar terms such as self-esteem or optimism that are also cognitive evaluations (Lucas et al., 1996).

Because of what was previously discussed, in this thesis we consider life satisfaction as the cognitive component of subjective well-being and as a criterion for successful ageing that differs from happiness and quality of life.

Life satisfaction and psychosocial resources

Different predictors of successful ageing and life satisfaction, such as socio-demographic characteristics, health status, personal characteristics and social relations, have been studied.

With respect to socio-demographic characteristics, only some of them have been found to influence life satisfaction and successful ageing, however their influence is weak, explaining less than 5% in the variance of life satisfaction (e.g. P.B. Baltes & Carstensen, 1996; Chan & Lee, 2006; Gana et al., 2013; Ní Mhaoláin et al., 2012; Staudinger et al., 1999).

Health status is a very important aspect that contributes to older adults' life satisfaction, quality of life and successful ageing (Bishop et al., 2006; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Karataş & Duyan, 2008; Paúl et al., 2007). It can either facilitate or restrict older people's opportunities to feel satisfied with their lives and to age successfully (Warner, Doble, & Hutchinson, 2012). Also health status can influence the level of psychosocial resources such as optimism (Paúl et al., 2007).

In the *model of developmental adaptation* health is considered a developmental outcome, a consequence of adaptation, and a possible stressful circumstance if it is impaired (P. Martin, 2002; P. Martin & M. Martin, 2002). Health impairment influences life satisfaction to a great extent. For example a cross-sectional analysis of the sample from The Berlin Aging Study showed that chronic illnesses, functional health and subjective health explained 20% in the variance life satisfaction (Smith et al., 2002).

Suffering from a higher number of illnesses is associated with a decrease in well-being (Bishop et al., 2006; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 1993; Bowling, 1990; Enkvist, Ekström & Elmståhl, 2012; Karataş & Duyan, 2008; Kunzmann, et al., 2000; Taylor et al., 2001). Particularly, some illnesses such as heart problems, strokes, vascular, respiratory, rheumatoid or digestive diseases, urinary incontinence and sleep disorders seem to have a great negative impact on older people's life satisfaction (Berg Hassing, Nilsson, & Johansson, 2009; Hsu, 2011). Also some illness-associated complains such as tension, depressive, musculo-skeletal and gastrointestinal symptoms have a significant influence on life satisfaction, higher percentage of complains being associated with lower levels of life satisfaction even three years later (Enkvist et al., 2012). Besides the impact of illnesses, functional status can also affect life satisfaction and successful ageing. Functional status impairment is associated with life lower satisfaction scores (Karataş & Duyan, 2008; Robb, Small, & Haley, 2008). However objective measure of health, such physical health and functional status were not found to be strongly related to life satisfaction (Berg, Hassing, McClearn & Johansson; Bowling, 1990; Bowling et al. 1996; Bowling et al. 1993).

Finally self-rated health or the subjective sensation on whether one is healthy or not, represents a crucial aspect of an individual's self (Despot Lucanin & Lucanin, 2012). This subjective evaluation of health affects life satisfaction and successful ageing (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006; Cacioppo et al., 2008; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010). Gwozdz and Sousa-Poza (2010), for example, found that perceiving health status as bad or not being satisfied with health was associated with a lower level of life satisfaction while higher self-rated health increased life satisfaction by 0.47 points. In the study by Borg et al. (2006) participants who reported poor self-rated health had nineteen times higher probability of low life satisfaction. Some studies have even found that perceived health had the highest predictive power (Smith et al., 2002).

Social relations also constitute important correlates for life satisfaction and successful ageing. Meaningful social relations contribute to advantageous profiles that lead to physical and mental health (Despot Lucanin, Lucanin, & Havelka, 1997; Ryff, Singer, Wing & Love, 2006). Also social relations are fundamental to well-being throughout the life course and their influence on older people's well-being has been extensively investigated (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006; Sparks, Zehr, & Painer, 2004).

Both researchers and older people have identified social relations as the most important condition for well-being and successful ageing (von Faber et al., 2001). Their importance might be explained by the fact that social interaction is a human need and an essential determinant of mental and physical health (Sparks et al., 2004; Ryan & Deci, 2001).

Many of the studies on life satisfaction and social relationships corroborate the positive association (Chan & Lee, 2006; Hsu & Tung, 2010; Litwin & Stoeckel, 2013) and emphasize the relevance of subjective aspects of social relations like satisfaction with the components of the network, satisfaction with frequency of contact or the perceived social support (e.g. Berg, Hoffman, Hassing, McClean & Johansson, 2009; Borg et al., 2006; Cacioppo et al., 2008; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006). Chan and Lee (2006), for example, found that while network size explained a 2% of subjective well-being variance, social support explained up to 11 %. Similarly Chen and Feeley (2014) found that different types of social support together with interpersonal stress and loneliness explained 28% of the variance of life satisfaction.

Finally, personality characteristics are key resources contributing adaptation, healthy ageing and to well-being (Woods & Windle, 2008). Personality characteristics such extroversion, neuroticism optimism, conscientiousness, openness to experience are strongly correlated with several subjective well-being measures and with life satisfaction (Heo & Lee, 2010; Isaacowitz, 2005; Gonzalez Herero & Extremera, 2010; Jopp & Rott, 2006; Ní Mhaoláin et al., 2012; Steel et al., 2008; Stephan, 2009; Steptoe, Wright, Kunz-Ebrecht & Iliffe, 2006) and explain life satisfaction stability across the lifespan (e.g. DeNeve & Cooper 1998; Ozer & Benet-Martínez, 2006).

It has been suggested that some dispositions are linked to well-being more strongly than others. Extraversion and neuroticism seem to be the traits that more strongly correlate with subjective well-being measures explaining between 11% and 28 % of the variance in life satisfaction (DeNeve & Cooper, 1998; Keyes et al., 2002; Steel et al., 2008).

Extraversion has been defined as a broad personality dimension that comprises positive affectivity, sensation seeking, activity, lack of social inhibition and sociability (Chapman, Roberts, & Duberstein, 2011; Watson & Clark, 1997).

Among all dispositions, extraversion has been identified as one of the traits that more strongly correlates with life satisfaction (Hofer, Busch & Kiessling, 2008; Lucas & Fujita, 2000). Generally, correlations between extraversion and life satisfaction range from .38 to .47 (Hofer et al., 2008; Keyes et al., 2002; Lucas & Fujita, 2000), although this association can decrease or even disappear if it is tested in different cultural contexts. Correlations of .15 and .20 have been found between extraversion and life satisfaction in countries like Mexico or Ghana or even no association was found in a Japanese study (Otonari et al., 2012; Schimmack et al., 2002).

In the elderly, this personality trait explains up to 30 % in the variance of life satisfaction and its influence on subjective well-being was found to be mediated by self-efficacy and importance of intrinsic objectives (Adkins, Martin, & Poon, 1996; Berg et al., 2006; Jopp & Rott, 2006; Laukka, 2007). However because extraversion is linked to social relations, which are also linked to well-being, we believe that social relations could also act as possible mediators in the link between extraversion and life satisfaction.

Optimism is defined as the tendency to be hopeful and confident about the future and to expect good outcomes (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Scheier & Carver 1985). It is a highly beneficial trait (M. Caprara, 2008) since it acts as defense against strain (Baldwin, Jackson, Okoh, & Cannon, 2011; Pretzer & Walsh 2001) and contributes to resilience in old age (Heo & Lee, 2010; Sherman & Cotter 2013).

Although optimism has received less attention in the gerontological literature in comparison to other variables (Isaacowitz, 2005; Steptoe et al., 2006), and particularly it has been less studied in older people without health impairment (Chang, 2002), in general it was found to be positively associated with older people's life satisfaction (Baldwin et al. 2011; González Herero & Extremera 2010; Heo, & Lee, 2010; Ju, Shin, Kim, Hyun, & Park, 2013; Leung, Moneta, & McBride-Chang 2005; Minton, Hertzog, Barron, French, & Reiter-Palmon, 2009; O'Rourke 2004). Heo and Lee (2010), for example, found that optimism explained 15% in their participants' life satisfaction variance. However the association between optimism and life satisfaction is not fully understood (Daukantaitė & Zukauskienė 2012).

Several explanatory mechanisms, such as positive affectivity, coping, meaning in life, activity, mastery and constraints beliefs, have been hypothesized and tested, but these mediators only partially explain the link between these two variables (Benyamini, 2005; Chang & Sanna 2001; González Herero & Extremera 2010; Ju et al. 2013; Kapikiran, 2012; Sherman & Cotter 2013). Thus we consider that, because both optimism and social relations are linked to life satisfaction and, as we are going to show further on, optimism is associated with supportive and satisfactory social relations, social relations might be a possible explanatory mechanism in the link between optimism and subjective well being.

Social relations as mediators of the link between extraversion and life satisfaction and between optimism and life satisfaction

Social relations and personality are interconnected and both influence each other (Back et al., 2011; Carver et al., 2010; Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens, & Lynch, 2008; Srivastava, McGonigal, Richards, Butler, & Gross, 2006). Also, as it was previously discussed, both personality and social relations are linked to well-being (Ferreira & Sherman, 2007; Luger et al., 2009; Zhu, Woo, Porter, & Brzezinski, 2013).

For example social engagement or social integration and emotional social support lead to reinforcement of some personality characteristics such as conscientiousness and optimism and moderate the chronic emotional states associated with neuroticism (Jopp & Rott, 2006; Karademas, 2006; Lodi-Smith & Roberts, 2012; Murray et al., 2007).

On the other hand personality characteristics shape social relations (Ozer & Benet-Martínez, 2006; Zhu et al., 2013). Traits have a significant influence on social relations, affecting the way they are started, maintained and perceived (Antonucci, Birditt & Akiyama, 2009; Cukrowicz et al., 2008; Lewis, Bates, Posthuma, & Polderman, 2013; Luger et al., 2009). Personality explains individual differences in satisfaction with social relations, in perceived social support and in social integration (Cukrowicz et al., 2008; Lodi-Smith & Roberts, 2012).

Certain personality traits incite social interaction while others discourage it (Lewis et al., 2013). For example, people who score higher on extraversion, on agreeableness and on optimism are socially skillful and have less conflicts in their social interactions (Carver et al., 2010; Doeven-Eggens, De Fruyt, Jolijn Hendriks, Bosker, & Van der Werf, 2008), conditions that are necessary to establish and maintain satisfying relations with others (Ozer & Benet-Martínez, 2006).

Furthermore people who score higher on extraversion and on optimism, two traits that are linked to positivity and positive expectations, are perceived by their social partners as being more attractive to interact with, and are rejected by others to a lesser extent (Carver, Kus, & Scheier, 1994; Cukrowicz, et al., 2008; Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley, & Baum, 2001; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Windsor et al., 2012). Because of this, it is reasonable to expect that extraverted and optimistic individuals have a higher number of positive social interactions and more support from their peers.

Indeed extraverts and optimists have larger social networks, receive more support from their social contacts and are more satisfied with their social networks (Carver et al., 2010; Dougall et al. 2001; Norem & Chang, 2002; Vollmann, Antoniow, Hartung, & Renner, 2011).

At the same time, people who have personality characteristics that enable them to establish satisfactory social relations are also better prepared for the highly interactive social context we live in, and consequently they reach high levels of well-being (Hills & Argyle, 2001). Because of the associations between personality and social relations we propose that social relations could be good candidates to explain how personality impacts life satisfaction. As stated by Cacioppo et al. (2008), the influence that personality has on well-being is “solidly anchored in the invisible threads of connections to others” (p. 200).

The links between traits described in the *big five model* and subjective well-being are mediated by self-esteem and satisfaction with close social relations (Cacioppo et al. 2008; Ozer & Benet-Martínez, 2006). Extraversion, neuroticism and agreeableness indirectly influenced depression via negative social exchanges and social support satisfaction (Finch & Graziano, 2001).

Also extraversion influences subjective well-being via self-esteem, satisfaction with friends and family, social support from friends and self-efficacy, while neuroticism and conscientiousness influence subjective well-being via self-esteem (Jopp & Rott, 2006; Tkach & Lyubomirsky, 2006; Ozer & Benet-Martínez, 2006). Similarly social resources and particularly social support were found to mediate the association between optimism and life satisfaction and between extroversion and life satisfaction respectively (Luger et al., 2009; Zhu et al., 2013).

Despite the associations between personality and social relations, studies integrating these two groups of variables are sparse and only a very small number of them have tested the mediating role of social relations in the association between personality and subjective well-being (Zhu et al., 2013) and particularly in old age.

The majority of studies on mediators of the link between personality and subjective well-being have been predominantly carried out with university students samples. University students constitute a heterogeneous group (Doeven-Egg et al., 2008; Hofer et al., 2008) that experience a specific type of developmental tasks which might not apply to other age groups. Thus it can be expected that patterns of association between personality and subjective well-being would be different for older adults.

Consequently, it would be important to provide more scientific evidence regarding mediators that would explain the indirect influence that personality has on subjective well-being from samples with older adults. This type of information is fundamental for understanding how personality is linked to life satisfaction in old age and for indentifying the psychological profile of older adults who accumulate satisfactory and supportive social relations. Also this would allow understanding how to encourage individuals who lack social support in strengthen actions and behaviors related with these psychological characteristics, and in this way to increase their social support networks (Cukrowicz et al., 2008).

The moderator role of optimism and social relations

Aging is a complex process associated with significant personal changes and losses. Health, social status or interpersonal relationships are some of the aspects of a person's life that could irrevocably change with ageing (Greve & Staudinger, 2006). Among these changes, health deterioration is very common; the vast scientific evidence available illustrates that ageing is frequently associated with a higher probability of experiencing health problems and permanent deterioration in functional capacity (e.g. Bueno & Navarro, 2003; Greve & Staudinger, 2006; Jylha, 2004; Kunzmann et al., 2000). As physical vulnerability increases, health problems become an important concern for the elderly and can be regularly seen as stressful circumstances (Bueno & Navarro, 2003; Martin, Kliegel, Rott, Poon, & Johnson, 2008).

However, psychosocial resources such as personality, emotional support, dispositional resilience or mastery can buffer the negative impact that economic strain, functional disabilities or bereavement have on older adults' life satisfaction, stress perception and mental health (Jang, Bergman, Schonfeld, & Molinari, 2006; Jang, Haley, Small, & Mortimer, 2002; Krause, 2006; Rossi, Bisconti, & Bergeman, 2007; Windle, Woods, & Markland, 2010).

Specifically, personality characteristics, that influence how people perceive circumstances, can contribute to positive adaptation (Berg, Hassing, Thorvaldsson, & Johansson, 2011). Optimism seems to be a particularly important psychological resource that may play a role in offsetting the negative impact that specific experiences, such as age-related challenges, like stress associated with low socio-economic status, bereavement caregiving and health decline, have on life satisfaction and on adaptation (Duke et al. 2002; Minton et al., 2009; O'Rourke, 2004; Schöllgen et al., 2011).

Previous studies found optimism to moderate or at least to partially moderate the associations between stress, stress appraisal and depression and life satisfaction found with younger adults and with caregivers (Chang, 2002; Márquez-González, Losada Baltar, Peñacoba, & Romero-Moreno, 2009). One recent study found optimism to moderate the unfavorable effect that negative self-perceptions have on older people's physical and mental health (Wurm & Benyamini, 2014).

Thus it would be reasonable to expect optimism to moderate the detrimental effect that health impairment has on older people's life satisfaction.

Apart from personality, social support is also an important moderator of stressful circumstances. Social support protects the elderly from the negative effects of age-related challenges, such as death of family members, interpersonal conflicts, and even from momentary exceptional events such as natural disasters, and prevents them from experiencing emotional disorders such as anxiety and depression (Hatfield, Hirsch, & Lyness, 2013; Hsu, & Tung, 2010; Jang et al., 2002; Taylor & Lynch, 2004).

Nevertheless studies on moderators of stressful circumstances that affect older people's well-being are still sparse. More research on the moderator effect of psychological factors such as optimism or self-efficacy is needed, particularly in non-clinical samples of older adults and in samples of very old people (Jopp & Rott, 2006; Windle et al., 2010; Wurm, Tomasik, & Tesch-Römer, 2008).

Aims and Hypotheses

The overall aim of this thesis was to study the impact of psychosocial resources on life satisfaction in a group of people age 65 years old and older. The following specific objectives were derived from the main objective:

1. To describe participants in terms of their socio-demographic characteristics (gender, age, marital status and living arrangements).
2. To describe participants' health status, psychosocial resources and life satisfaction.
3. To describe and analyze the relationship between socio-demographic characteristics and life satisfaction.
4. To describe and analyze the relationship between socioeconomic resources and life satisfaction.
5. To describe and analyze the relationship between health status and life satisfaction.

6. To describe and analyze the relationship between social resources and life satisfaction.
7. To describe and analyze the relationship between personal resources and life satisfaction.
8. To examine the joint impact of psychosocial resources, health status and socio-demographic characteristics on older people's life satisfaction.
9. To explore the mediator role of social resources (social support, social integration, social acceptance and structural aspects of the social network) in the link between extraversion and life satisfaction.
10. To explore the mediating role of social resources (social support, social integration, social acceptance and structural aspects of the social network) in the link between optimism and life satisfaction.
11. To test whether mediators explaining the indirect effects of extraversion and optimism on life satisfaction would vary in participants with and without restrictions due to illnesses.
12. To analyze the moderator role of optimism and perceived social support on the impact that health status has on life satisfaction.

The following hypotheses were derived from the study objectives:

- H1. Socio-demographic characteristics will be associated with statistically significant differences in life satisfaction.
- H2. Socioeconomic resources, measured by educational level, income, satisfaction with income and the degree of the qualification of the profession before retiring, will be associated with statistically significant differences in life satisfaction.
- H3. Health status, measured by number of illnesses, subjective evaluation of health and functional limitation due to illnesses, will be associated with statistically significant differences in life satisfaction.

H4. Social resources, measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, will be positively associated with life satisfaction.

H5. Personal resources, measured by extraversion and optimism, will be positively associated with life satisfaction.

H6. Social resources measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network, members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, and personal resources will explain a higher percentage of the variance in life satisfaction than health status, socioeconomic resources and socio-demographic characteristics.

H7. Social resources, measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, will be positively associated with extraversion.

H8. Social resources, measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, will mediate the association between extraversion and life satisfaction. The mediation model is illustrated in figure 8.2.

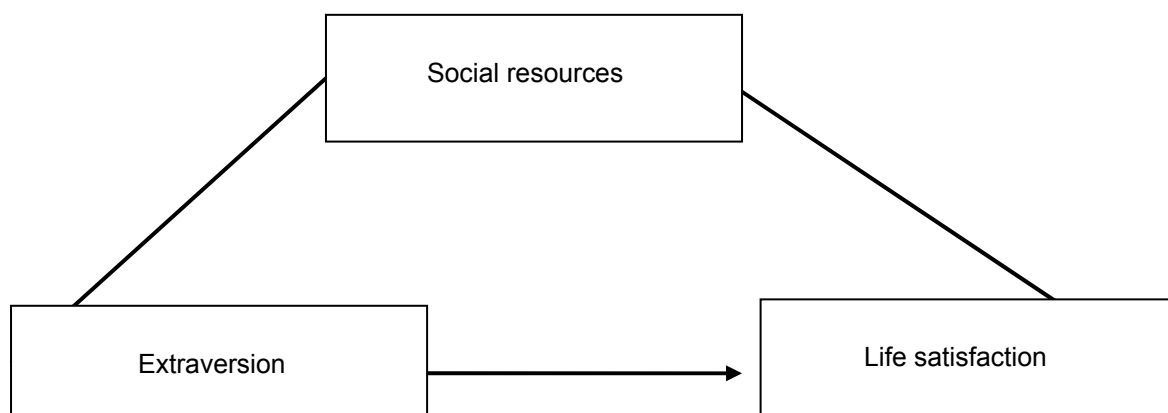


Figure 8.2. Hypothetical model of the mediating role of social resources in the link between extraversion and life satisfaction

H.9 Social resources, measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, will be positively associated with optimism.

H.10 Social resources, measured by social network, number of weekly hours spent in the company of their social network members, social support, satisfaction with social relations, social integration and social acceptance, will mediate the association between optimism and life satisfaction. The mediation model is depicted in figure 8.3.

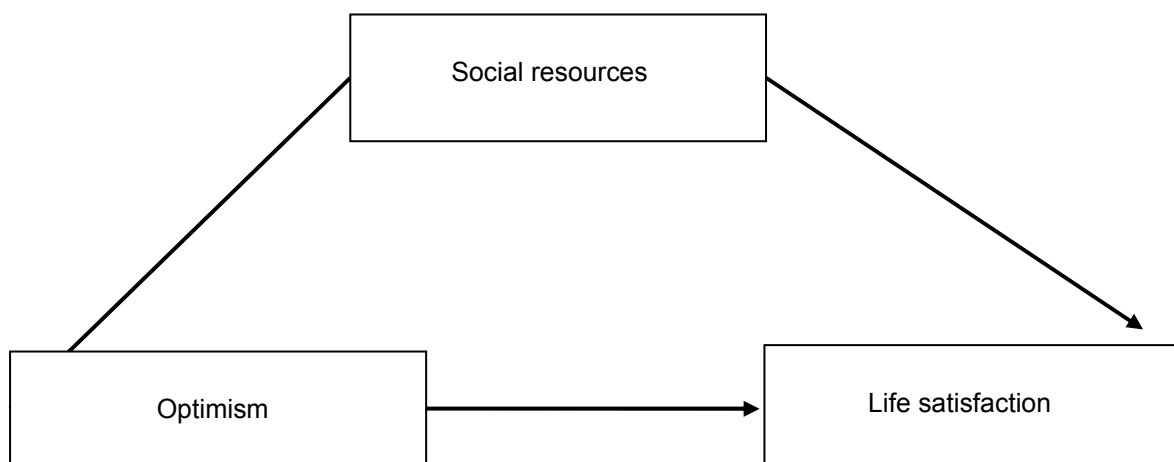


Figure 8.3. Hypothetical model of the mediating role of social resources in the link between optimism and life satisfaction

H11. The mediators that would explain the indirect effect that extraversion and optimism have on life satisfaction will vary according to whether or not restrictions due to illnesses are reported.

H12. Optimism and perceived social support will moderate the impact that health status impairment has on life satisfaction. The moderation model is illustrated in figure 8.4.

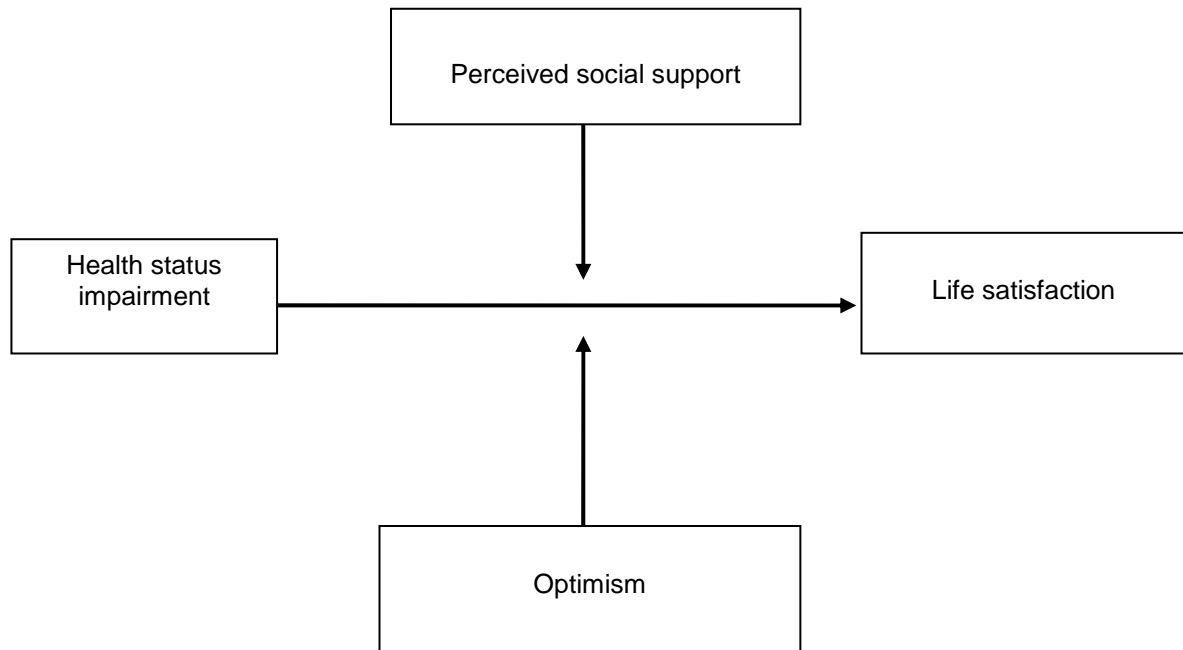


Figure 8.4. Hypothetical model of the moderator role of social support and optimism on the impact that health deterioration has on life satisfaction.

Method

Design

This study was a cross-sectional survey using non-proportional quota sampling.

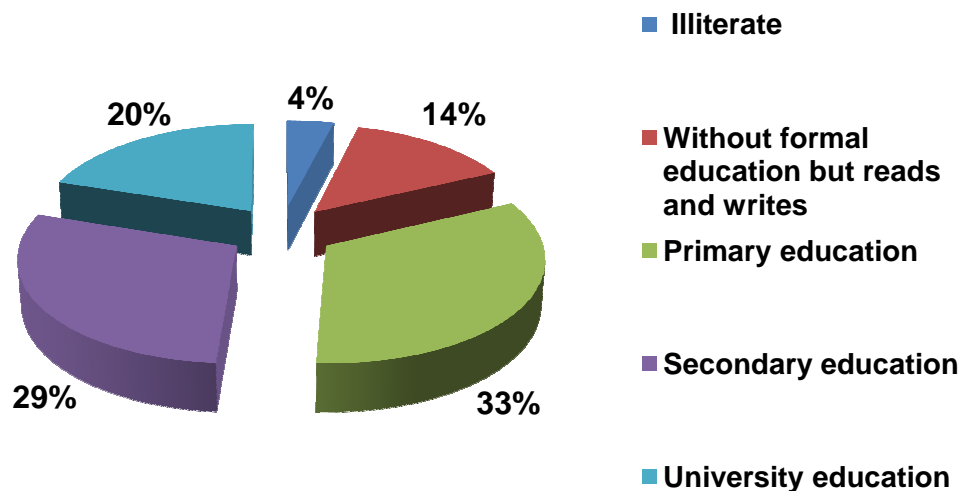
Participants

The sample comprised 406 older adults (62.1% women and 37.9% male) with ages between 65-99 years-old ($M= 74.88$, $SD= 6.75$) that attended senior activity centres or belonged to elderly associations, and live in urban areas of Granada, southern Spain. More information on the demographic characteristics of the sample can be found in table 8.1.

Table 8.1
Summary of Demographic Characteristics

<i>Age groups</i>	
65-69 years old	23.6%
70-74 years old	26.4%
75-79 years old	25.1%
80-84 years old	15.3%
85-89 years old	6.9%
90-94 years old	2.0%
95-99 years old	0.7%
<i>Marital status</i>	
Single	3.9%
Married or with partner	51.2%
Divorced or separated	5.9%
Widowed	38.9%
<i>Living arrangements</i>	
Lives alone	37.7%
Cohabiting	62.3%
<i>Qualification of the profession before retiring</i>	
Low qualification	67.0%
Medium qualification	14.5%
High qualification	18.5%

As it can be seen in graph 8.1 participants' educational level was relatively low, 18% of them did not have any formal education and 33% only had primary education.



Graph 8.1. Participants' educational level in percentages

The total response rate was 81.75%, 548 older people were approached, 42 of them were not interviewed because they did not meet the age criteria of being 65 years old or older, and 100 people refused to take part. The reasons for refusals cannot be examined as they were not recorded.

Face-to-face interviews were individually conducted with older adults who volunteered to participate in the study. After providing information about the study (the purpose, the expected duration of the interview and the procedures) and the Informed Consent form was signed, the interviewer read each question aloud and marked into the answering sheet the participant's answer.

Procedure

Sampling procedure

The sample size was calculated at a 95% confidence level based on the population of people with ages between 65 and 99 years-old living in urban areas of Granada. In order to guarantee sufficient sampling of men and participants age 80+, a minimum number of interviews was established for men and women by age subgroup

(65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; 90-94; 95-99) based on the proportion of age groups by gender in the population of older people in the study area.

Data analysis procedure

One way analysis of variance (*ANOVA*) and *T* tests were used to examine the differences in life satisfaction depending on socio-demographic characteristics and on health status. The results of the test were considered significant if $p < .05$. Cohen's *d* was calculated in order to obtain the effect size in the case of *T* tests and for the interpretation of the effect sizes of the *ANOVA*, partial eta squared was calculated. For the interpretation of Cohen's *d* Cohen's rule of thumb was used, thus an effect size of 0.20 is considered small, an effect size of 0.50 is considered moderate and an effect size of 0.80 is considered big (Cohen, 1988). For the interpretation of the partial eta squared an effect size of .0099 was considered small, .0588 was interpreted as medium and .1379 a large one (Richardson, 2011).

Bivariate correlations were also performed to assess association between continuous variables. For the interpretation of the effect sizes of the correlations, Cohen's rule of thumb was used. In this way an *r* of .1 represents a small effect size, .3 represents a moderate effect size and .5 represents a large effect size (Field, 2013).

A multiple regression stepwise analysis was performed. The order of variables entered in the different steps was theory driven. Stronger predictors such as personal resources (extraversion and optimism) were entered in the first step. Secondly social resources were entered. In the third step health status variables were entered. Finally in the last step socio-demographic characteristics and satisfaction with income were entered.

In order to assess whether the relationship between optimism and life satisfaction and the association between extraversion and life satisfaction were mediated by social relations variables, multiple mediation analyses were performed using the bias-corrected bootstrapping approach (Preacher & Hayes, 2008). Bootstrapping is a non parametric resampling method used for estimating direct and indirect effects in multiple mediator models.

This procedure involves repeatedly extracting samples from the data by randomly sampling with replacement and estimating the indirect effect in each resampled data set (Preacher & Hayes, 2008). To determine whether mediation occurs, the percentile bootstrap Confidence Intervals (CIs) are examined. If zero is contained within the 95% CIs, then the lack of significance is assumed (Preacher & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002). The bootstrapping method presents the advantage of analyzing multiple mediators simultaneously and minimizing the number of inferential tests which reduces the likelihood of Type I error (Preacher & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002).

In order to test if optimism and social support moderated the effect that health deterioration had on life satisfaction the bias-corrected bootstrapping approach (Preacher & Hayes, 2008) was used again. This method allows introducing both the main effect and the interaction between variables simultaneously and analyzing the effect of the predictor at different levels of the moderator (very low, low, moderate, high and very high) which correspond to the 10th, 25th, 75th and 90th percentiles. To establish if moderation occurs, the percentile bootstrap CIs are examined. If zero is contained within the 95% CIs, then the lack of significance is assumed (Preacher & Hayes, 2008; Shrout & Bolger, 2002), thus the interaction between the predictor and the moderator is not significant.

To carry out the multiple mediation and the moderation analyses *PROCESS* was used. This is a macro designed by Hayes (2012) which is available at the following website: <http://www.afhayes.com>.

Measures

Life satisfaction. Overall life satisfaction was measured using the Spanish version of the Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985; Pons, Atienza, Balaguer, & García-Merita, 2000). The 5 items (e.g. “In most ways my life is close to my ideal”) are rated on a 5-point scale (1= strongly disagree to 5= strongly agree; $\alpha = .81$).

Socio-demographic characteristics: a structured interview designed for this study included questions on age, gender (1= male; 2= female), marital status (1= single; 2= married; 3= widowed; 4= divorced or separated) and living arrangements (1= living alone; 2= cohabiting).

Socioeconomic resources: the structured interview designed for this study also included questions on income, satisfaction with income (“How satisfied are you with your current income?” 1= very unsatisfied; 10= very satisfied), educational level (1 = illiterate; 2= without formal education but reads and writes; 3= primary education; 4= secondary education; 5= University studies) and the degree of qualification needed to carry out the profession participants had before retiring (1=low qualification; 2= medium qualification; 3=high qualification).

Physical health: physical health was assessed by number of illnesses, restrictions in performing activities due to health problems and subjective health.

Number of illnesses. This was assessed by asking the participants the number of health conditions they had, and the overall number of illnesses was obtained by summing up the answers of a checklist of 27 health problems (e.g. cardiovascular disease, gastrointestinal disease and rheumatoid arthritis/osteoarthritis/other joint complaints), higher scores indicating a worse physical state.

Restrictions in performing activities due to health problems. A single item was used to assess this aspect “Does any of your illnesses restrict your activities?” (0= no illness or no restriction due to illness; 1= restriction due to illness). Furthermore participants reported how much difficulty they had for self-care activities (eating, getting in and out of bed, dressing and undressing, putting shoes on, taking care of own appearance, bathing or showering, using the toilet) walking (walking in the house, walk to nearby places, can go on public transport), instrumental activities (shopping, prepare meals, housework, handle economy, take medication and go to the doctor).

Subjective health. Subjective health was assessed using one item “How do you rate your current state of health?” The question could be answered using a 3-points scale (1 =very bad or bad; 2= regular; 3=good or very good).

Social resources

The social resources factor consisted of social network size, time spent in the company of friends and family, perceived social support, subjective evaluation of social relations and satisfaction with family life, as well as social integration and social acceptance.

Family function. This aspect was measured with the Spanish version of the APGAR Family Test (Bellón, Delgado, Luna, & Lardelli, 1996; Smilkstein, 1978). The 5 items of this instrument (e.g. “I am satisfied with the way my family talks over things with me and shares problems with me”) are rated on a 3-point scale (0= hardly ever to 3= almost always; $\alpha=.84$).

Positive social relationships. This aspect was measured with the Positive Relationships with Others Scale (e.g., “I often feel lonely because I have few close friends with whom to share my concerns”) extracted from the Spanish version of Ryff’s Well-Being Scales developed by Díaz et al. (2006). The six items of the Positive Relationships with Others Scale are rated on a 6-point scale (1= strongly disagree to 6 = strongly agree; $\alpha=.81$).

Social Support. Social support was measured using Medical Outcomes Study Social Support Survey Instrument (MOS) (Sherbourne & Stewart, 1991; Revilla, Luna, Bailón, & Medina, 2005). This is a 20 items instrument (e.g., “Someone you can count on to listen to you when you need to talk”) that assesses emotional ($\alpha= .94$), tangible ($\alpha= .87$) and affectionate support ($\alpha= .85$) and gives a global measure of social support ($\alpha= .97$) Participants indicate how often the type of support is available using a 5-point scale (1= none of the time, 5= all of the time).

Social integration and social acceptance. These aspects were measured using the Spanish version of the Integration Scale and the Acceptance Scale. These two scales were extracted from the Social Well-being Scales designed by Keyes (1998). The Spanish version was adapted by Blanco and Díaz (2005). The Integration Scale is a 5 items scale (“I don’t feel I belong to anything I’d call a community”, $\alpha = .74$) and the Acceptance Scale is 4 items scale (“You think other people are unreliable” $\alpha = .88$). These instruments are rated on a 6-point scale (1= strongly disagree to 6 = strongly agree).

Satisfaction with friends. It was measured using a single item: “How satisfied are you with your friends?” Participants indicated how satisfied they were with their friends using a 10- points scale (1=very dissatisfied 10= very satisfied).

Satisfaction with family life. It was measured using a single item: “How satisfied are you with your family?” Participants indicated how satisfied they were with their family using a 10- points scale (1=very dissatisfied 10= very satisfied).

Network size. The size of the social network was obtained by summing up answers with regards to the number of family members, friends, close friends and other people who participants mentioned they had contact with.

Time spent in the company of friends and family. This aspect was evaluated by two questions: “How many weekly hours do you spend in the company of your friends?” and “How many weekly hours do you spend in the company of your close family members who you do not cohabit with?”

Importance given to family. This aspect was assessed by the item “How important is family for you?” extracted from a national survey on aging in Spain (IMSERSO, 2006). Answering options were ranging from 1 (not important) to 5 (very important).

Importance given to friendship. This aspect was assessed by the item “How important is friendship for you?” extracted from a national survey on aging in Spain (IMSERSO, 2006). Answering options were ranging from 1 (not important) to 5 (very important).

Importance given to family. This aspect was assessed by the item “How important is family for you?” extracted from a national survey on aging in Spain (IMSERSO, 2006). Answering options were ranging from 1 (not important) to 5 (very important).

Personal resources

Extraversion. The Spanish version of the Extraversion Scale was extracted from the NEO-Five Factor Inventory (Costa & McCrae, 1991,1999). This is a 12 items instrument (e.g. “I really enjoy talking to people”) that are rated on a five point scale (0= strongly disagree 4=strongly agree; $\alpha = .82$).

Optimism. Positive future expectancies were measured using the Spanish version of the Revised Life Orientation Test (LOT-R) (Otero, Luego, Romero, Gómez, & Castro, 1998; Scheier & Carver, 1985). This instrument consists of 10 items 6 of them measure optimism/ pessimism (e.g. 'In uncertain times, I usually expect the best') and 4 are filler items. Each item was rated on a 5-point scale (0= strongly disagree 4= strongly agree, $\alpha = .70$).

Results

Health status

In this sample most common was informing of three illnesses. Participants were separated into groups based on the number of illnesses using tertiles. In this way 33% of the participants informed of having no illness or having less than three conditions, 50% informed of having between three and five illnesses and 17% informed of having six or more illnesses. The most common health problems were visual impairment (56%), high blood pressure (42%) and rheumatoid conditions (40%). The percentages for each type of conditions are displayed in table 8.2.

Also participants informed of having more difficulties with performing domestic chores (34%), shopping (31%), walking (24%) and using public transport (23%). In addition, more than half of the participants assess their health status positively (53%) while 37% consider that their health status is regular and 10% of the participants consider their health status as bad or very bad.

Table 8.2
Participnats' Health status

Health conditions	
High blood pressure	42%
High colesterol levels	24%
Myocardial infarction	3%
Other heart conditions	17%
Vascular diseases	20%
Embolism	1%
Chronic obstructive pulmonary	2%
Other lung disease	2%
Chronic bronchitis/ Asthma	4%
Chronic allergy	0.5%
Diabetes mellitus	16%
Gastrointestinal conditions	15%
Cataract, glaucoma, or other visual condition	56%
Hearing impairment	36%
Serious skin conditions	1%
Neurological conditions (Parkinson disease, Epilepsy, etc.)	3%
Depression, anxiety or other mental disorders	6%
Migraine/chronic headache	1%
Malignant neoplasms	5%
Osteoporosis	20%
Rheumatoid arthritis / osteoarthritis/other joint complaints	41%
Chronic backache	12%
Anaemia	0.2%
Endocrine glands condition (like thyroid condition)	15%
Urinary and genital conditions	15%
Menopause related problems (only women)	0.2%
Other health condition not mentioned before	10%

Social resources, personal resources and life satisfaction

In this sample by average a participant's network was formed by 86 people, of which 27 were family member, 19 were friends, 6 were neighbours and 34 were acquaintances.

It was most common for the participants to have 2 children, 1 grandchild and 2 siblings and to have contact with other 15 relatives. On average the participants spent 12.41 weekly hours with their family ($SD= 11.08$), of which 7.23 hours ($SD=7.26$) were spent with their children.

When distinguishing between close friends and just friends, on average participants had 4.26 ($SD=4.87$) close friends and 14.53 ($SD=14.61$) friends who they did not consider close. On average the participants spent 10.64 weekly hours with their friends ($SD= 11.08$), of which 6.38 weekly hours ($SD= 6.09$) were spent in the company of close friends and 4.26 weekly hours ($SD=6.09$) with friends they did not consider close.

Table 8.3 shows descriptive information for the different types of social support, satisfaction with family life, satisfaction with friends, family function, and positive social relations as well as the descriptive statistics for social integration and social acceptance and for extraversion, optimism and life satisfaction.

Table 8.3
Descriptive information of social resources

	Minimum	Maximum	Mean	Standard Deviation
Emotional Support	1.10	4.50	4.04	0.63
Affectionate support	1.40	5.00	4.30	0.83
Tangible support	1.00	5.00	4.20	1.02
Global social support	24.00	95.00	83.35	12.77
Family function	0.00	2.40	2.02	0.75
Positive relations	1.00	6.00	4.77	1.17
Satisfaction with family	1.00	10.00	8.71	1.92
Satisfaction with friends	1.00	10.00	8.26	1.80
Social integration	1.00	5.00	4.32	0.69
Social acceptance	1.00	5.00	2.55	1.01
Extraversion	0.00	4.00	2.34	0.73
Optimism	0.00	4.00	2.80	0.72
Life satisfaction	1.00	5.00	3.84	0.77

Life satisfaction and its association with psychosocial resources

Socio-demographic characteristics and life satisfaction

Gender differences were found in life satisfaction ($t(354.38)=3.54, p<.001, d=0.36$), men ($M=4.01, SD=.70$) scored slightly higher than women ($M= 3.74, SD=.80$). Living arrangements were also associated with statistically significant differences in life satisfaction ($t(403)=-2.68, p<.01, d=-0.27$). Participants living in the company of others obtained higher life satisfaction scores ($M=3.92, SD=.76$) than those who were living alone ($M=3.71, SD=0.78$).

In the same way marital status was also linked with statistically significant differences in life satisfaction ($F(3)=3.40, p<.05, \eta^2p=.03$). Post-hoc analysis using Tukey's HSD criterion indicated that participants who were married ($M= 3.92, SD= 0.82$) obtained a higher score when compared with the divorced ($M= 3.43, SD= 0.83$) ($p<.05$). Finally a small positive correlation was found between age and life satisfaction ($r= .17, p<.01$).

Socioeconomic resources and life satisfaction

Regarding the impact of socioeconomic resources on life satisfaction, neither educational level ($F(3)=.87, p>.05, \eta^2p=.006$), nor the degree of qualification of profession before retiring ($F(2)=.82, p>.05, \eta^2p=.004$) were associated with statistically significant differences in life satisfaction. Similarly income did not correlate with life satisfaction ($r=.09, p >.05$). Only satisfaction with income was positively associated with life satisfaction ($r=.17, p<.001$).

Health status and life satisfaction

Significant differences in life satisfaction were found by number of illnesses ($F(2)=4.02, p<.05, \eta^2p= 0.02$); participants reporting none or less than three illnesses ($M=3.98, SD= 0.66$) scored higher than participants reporting five or more illnesses ($M=3.68, SD= 0.09$).

Participants who suffered from vascular diseases ($t(402)= 2.07, p<.05, d= 0.24$), gastrointestinal conditions ($t(402)= 2.33, p<.05, d= 0.28$), emotional disorders ($t(402)= 2.30, p<.05, d = 0.46$) and migraine or chronic headaches ($t(402)= 2.33, p<.05, d= 0.83$) obtained statistically significant lower scores in life satisfaction than those who did not. Meanwhile suffering from heart and respiratory diseases, high cholesterol and high blood pressure levels and visual and hearing impairment were not associated with statistically significant differences in life satisfaction.

Similarly restrictions in activities due to health problems were associated with significant differences in life satisfaction ($t(402) = 4.217, p<.001, \eta^2p = .05$), people without restrictions ($M= 3.66, SD=.80$) scored higher in life satisfaction than people with restrictions ($M= 4.02, SD=.83$). Also statistically significant differences were found by subjective evaluation of health ($F(2)=19.56, p <.001, \eta^2p =0.09$). Those who indicated their health status was good ($M=4.03, SD=0.68$) scored significantly higher on life satisfaction than those who indicated their health status could be better ($M=3.69, SD=0.77$) and those who asserted their health status was bad ($M=3.36, SD=0.91$).

Social resources and life satisfaction

As seen in table 8.4 all social resources variables positively correlated with life satisfaction. Correlations between life satisfaction and social network variables were low. Similarly correlation between social acceptance and life satisfaction was low.

On the other hand, life satisfaction positively and moderately correlated with family function, positive relations, satisfaction with family, satisfaction with friends, all types of social support and with social integration (see table 8.4).

Personal resources and life satisfaction

Both extraversion ($r=.31, p<.001$) and optimism ($r=.42, p<.001$) positively and moderately correlated with life satisfaction.

Table 8.4
Correlations between social resources and life satisfaction

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Social network	-														
2. Family network	.53**	-													
3. Friends network	.60**	.17**	-												
4. Weekly hours spent with Family	.15***	.13**	.05	-											
5. Weekly hours spent with Friends	.16*	.06	.27**	-.02	-										
6. Family function	.16**	.25**	.09	.21**	.05	-									
7. Positive relations	.34**	.21**	.35**	.11*	.21**	.40**	-								
8. Satisfaction with family	.19**	.18**	.11**	.19**	.06	.67**	.31**	-							
9. Satisfaction with friends	.18**	.07	.21**	.09	.13**	.24**	.41**	.31**	-						
10. Emotional support	.22**	.22**	.17**	.11*	.15**	.53**	.57**	.37**	.39**	-					
11. Affectionate support	.32**	.25**	.29**	.20**	.12*	.57**	.61**	.48**	.39**	.73**	-				
12. Tangible support	.15**	.10*	.13*	.15**	.02	.39**	.23**	.28**	.12*	.36**	.35**	-			
13. Social integration	.27**	.15**	.21**	.03	.21**	.27**	.53**	.24**	.32**	.44**	.41**	.11*	-		
14. Social acceptance	.18**	.09	.17**	-.03	.07	.25**	.35**	.17**	.23**	.20**	.25**	.06	.20**	-	
15. Life satisfaction	.29**	.17**	.25**	.16**	.14**	.42**	.34**	.42**	.33**	.39**	.41**	.31**	.28**	.19**	-

Note: (N=406); coefficients $|r| \geq .09$ were significant at $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

The joint impact of psychosocial resources, health status, socioeconomic resources and socio-demographic characteristics

The results of the stepwise multiple regression analysis are displayed in table 8.5. In the first step extraversion and optimism were entered. The model was significant ($F(2,386)=51.99, p<.001$) and explained 21% of the variance in life satisfaction. In the second step extraversion, optimism and social resources were entered. This model was also significant ($F(11,377)=21.83, p<.001$) and explained 37% of the variance in life satisfaction. Optimism, number of weekly hours spent with social network members, social support and satisfaction with family and friends were significant predictors. On the other hand, extraversion, family function, positive relations, social integration and social acceptance were not predicting life satisfaction (see table 8.5).

In step three, personal and social resources were entered together with health status. This model was significant ($F(14, 374)=19.67, p<.001$) and explained 40% of the variance in life satisfaction. Of all entered variables, optimism, number of weekly hours spent with social network members, social support, satisfaction with family, satisfaction with friends, subjective health and functional limitations were significant predictors while the rest of the variables entered were not (see table 8.5). Subjective health and functional limitation accounted for 3.5% of the variance in life satisfaction.

Table 8.5
Results of the stepwise multiple regression analysis for life satisfaction

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>Boostrap Estimate</i>	<i>Boostrap CI</i>	
						<i>Lower Limit</i>	<i>Upper Limit</i>
Step 1							
Constant	2.33	.17		15.33	2.33**	2.005	2.675
Extraversion	.16	.05	.15**	3.05	.16**	0.047	.261
Optimism	.40	.06	.38***	7.55	.40**	0.286	.522
<i>R</i> ² =.21, corrected <i>R</i> ² =.21							
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>Boostrap Estimate</i>	<i>Boostrap CI</i>	
						<i>Lower Limit</i>	<i>Upper Limit</i>
Step 2							
Constant	.71	.34		2.71	.72*	.041	1.382
Extraversion	.09	.05	.09	1.88	.09	-.015	.185
Optimism	.24	.05	.23***	4.84	.25**	.138	.349
Network size	.002	.001	.09	1.90	.002	.000	.003
Weekly hours spent with network	.004	.002	.11**	2.44	.004*	.001	.008
Global social support	.17	.08	.15*	2.48	.17*	.024	.328
Family function	.13	.09	.09	1.48	.13	-.061	.305
Positive relations	-.02	.04	-.03	-.46	-.02	-.099	.060
Social integration	.001	.01	.004	.07	.004	-.023	.024
Social acceptance	.000	.01	.003	.08	.003	-.011	.012
Satisfaction with family	.06	.03	.15**	2.66	.06*	.010	.117
Satisfaction with friends	.06	.02	.13**	2.73	.06*	.010	.101
<i>R</i> ² =.38, corrected <i>R</i> ² =.37; <i>R</i> ² change =.17***							
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>Boostrap Estimate</i>	<i>Boostrap CI</i>	
						<i>Lower Limit</i>	<i>Upper Limit</i>
Step 3							
Constant	.63	.31		2.02	.63	.380	1.728
Extraversion	.09	.05	.09	1.86	.09	-.015	.185
Optimism	.23	.05	.22***	4.62	.23	.116	.329
Network size	.001	.001	.07	1.76	.001	-.005	.003
Weekly hours spent with network	.005	.002	.11**	2.69	.005	.001	.008
Global social support	.16	.07	.13*	2.32	.16	.025	.321
Family function	.09	.09	.06	1.10	.09	-.079	.276
Positive relations	-.02	.03	-.03	-.59	-.02	-.103	.050
Social integration	-.02	.005	-.02	-.44	-.02	-.028	.021
Social acceptance	-.02	.03	-.02	.51	-.02	-.014	.009
Satisfaction with family	.07	.02	.17**	2.99	.08	.015	.118
Satisfaction with friends	.06	.02	.14**	3.15	.06	.016	.107
Subjective health	.15	.06	.13**	2.38	.15	.028	.267
Number of illnesses	.02	.02	.06	1.27	.02	-.010	.058
Functional limitations	-.20	.08	-.13*	-2.41	-.20	-.356	-.042
<i>R</i> ² =.42, corrected <i>R</i> ² =.40, <i>R</i> ² change =.035***							

Note: *N*=406; *B*-unstandardized coefficient; *SE*=standard error; β =standardized coefficient; *CI*- Confidence Intervals; regression coefficients were significant at $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$; *Boostrap Confidence Intervals* were significant when they did not contain zero. Regression analysis was based on 1.000 *bootstrap resamples*.

Table 8.5
Results of the stepwise multiple regression analysis for life satisfaction

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>Bootstrap Estimate</i>	<i>Bootstrap CI</i>	
						<i>Lower Limit</i>	<i>Upper Limit</i>
Step 4							
Constant	-.41	.49		-.83	-.41	-1.030	.921
Extraversion	.08	.04	.07	1.70	.08	-.015	.168
Optimism	.22	.05	.21***	4.60	.2	.117	.331
Network size	.001	.001	.06	1.55	.001	-.001	.003
Weekly hours spent with network	.005	.002	.11*	2.57	.005	.001	.008
Global social support	.13	.07	.11*	1.86	.13	.001	.296
Family function	.08	.08	.06	.94	.08	-.116	.249
Positive relations	-.02	.04	-.03	-.50	-.02	-.099	.053
Social integration	.006	.05	.005	.12	.006	-.022	.027
Social acceptance	.006	.03	.008	.17	.006	-.011	.013
Satisfaction with family	.05	.02	.13*	2.44	.05	.003	.108
Satisfaction with friends	.05	.02	.12**	2.64	.05	.013	.097
Subjective health	.11	.06	.09	1.78	.11	-.260	.003
Number of illnesses	.02	.02	.05	1.14	.02	-.017	.057
Functional limitations	-.19	.07	-.13*	-2.50	-.20	-.350	-.022
Satisfaction with income	.06	.02	.15***	3.62	.06	.016	.095
Age	.01	.005	.12**	3.01	.01	.004	.025
Gender	-.10	.005	-.06	1.36	-.10	-.265	.071
Marital status	.02	.09	.01	.17	.02	-.225	.164
Living arrangements	.02	.09	.02	-.23	.02	-.159	.182

$R^2=.46$, corrected $R^2 = .44$ R^2 change=.04***

Note: $N=406$; B -unstandardized coefficient; SE =standard error; β =standardized coefficient; CI - Confidence Intervals; regression coefficients were significant at $p < .05^*$; $p < .01^{**}$; $p < .001^{***}$; Bootstrap Confidence Intervals were significant when they did not contain zero. Regression analysis was based on 1.000 bootstrap resamples.

In the fourth step, personal and social resources, health status, satisfaction with income and socio-demographic characteristics were entered. This model was significant ($F(19, 369)=19.67, p<.001$) and explained 44% of the variance in life satisfaction. Optimism, optimism, number of weekly hours spent with social network members, social support, satisfaction with family, satisfaction with friends, functional limitations, satisfaction with income and age were significant predictors while the rest of the entered variables were not (see table 8.5).

Associations between social resources and personal resources

Table 8.6 shows correlations between social resources and personal resources. Extraversion positively correlated with the size of the social network in general and with family network and friends' network. Extraversion was also associated with the weekly hours spent with friends. Except for the correlation between extraversion and size of the social network, which was moderate, the rest of the correlations were low (see table 8.6).

Furthermore extraversion was also positively associated with family function, positive relations, with satisfaction with family and with friends, as well as with emotional and affectionate support. Similarly extraversion was positively correlated with social integration and with social acceptance.

Optimism was positively associated with social network size, with family network, friends network and with the weekly hours spent with friends (see table 8.6). All correlations were low. Optimism was also associated with family function, positive relations, with satisfaction with family and with friends, as well as with all types of social support. Except for the correlations between optimism and satisfaction with friends and between optimism and tangible support, which were low, the rest of the correlations were moderate (see table 8.6).

Table 8.6
Correlations between social resources and personal resources

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Social network size	-															
2. Family network	.53**	-														
3. Friends network	.60**	.17**	-													
4. Weekly hours spent with Family	.15**	.13**	.05	-												
5. Weekly hours spent with friends	.13*	.06	.27**	-.02	-											
6. Family function	.16**	.25**	.09	.21**	.05	.40**	-									
7. Positive relations	.34**	.21**	.35**	.11*	.21**	.67**	.31**	-								
8. Satisfaction with family	.19**	.18**	.11*	.19**	.06	.24**	.41**	.32**								
9. Satisfaction with friends	.18**	.07	.21**	.09	.13**	.53**	.57**	.37**	-							
10. Emotional support	.22**	.22**	.17**	.11*	.15**	.57**	.61**	.48**	.39**	-						
11. Affectionate support	.32**	.25**	.29**	.20**	.12*	.39**	.23**	.28**	.39**	.74**	-					
12. Tangible support	.15**	.10*	.13*	.15**	.02	.27**	.52**	.24**	.12*	.36**	.35**	-				
13. Social integration	.27**	.15**	.21**	.03	.21**	.25**	.35**	.17**	.32**	.44**	.42**	.11*	-			
14. Social acceptance	.18**	.09	.16**	-.03	.07	.16**	.33**	.15**	.23**	.20**	.25**	.06	.20**	-		
15. Extraversion	.30**	.18**	.25**	-.00	.14**	.27**	.31**	.26**	.23**	.24**	.29**	.09	.23**	.15**	-	
16. Optimism	.22**	.16**	.17**	.02	.13**	.40**	.31**	.32**	.23**	.37**	.33**	.17**	.31**	.21**	.42**	-

Note: (N=406); coefficients $|r| \geq .09$ were significant at $p < .05^*$; $p < .01^{**}$

Multiple Mediation analysis for the association between extraversion and life satisfaction

Regarding extraversion and life satisfaction all the paths from extraversion to the proposed mediators were significant ($a1, a2, a4, a5, a6, a7$ & $a9$) except for the paths from extraversion to number of weekly hours spent with friends ($a3$) and from extraversion to tangible support ($a8$) (see table 8.7). With regard to the paths from the proposed mediators to life satisfaction, only the path from affectionate support ($b7$), tangible support ($b8$) and satisfaction with friends ($b9$) were significant while the paths from number of friends, number of close friends, number of weekly hours spent with friends, number of weekly hours spent with close friends, importance given to friendship and emotional support ($b1-b6$) were not significant (see table 8.7).

Moreover the multiple mediation analysis showed that, when controlling age ($B = .06, SE = .02, p = .01$), gender ($B = -.81, SE = .41, p = .05$) and marital status ($B = .24, SE = .19, p > .05$) both the total effect of extroversion on life satisfaction (c) ($B = .13, SE = .02, p < .001$) and the direct effect of extroversion when the effect of the mediators was controlled (c') ($B = .07, SE = .02, p < .001$) were significant and the direct effect was smaller than the total effect. The proposed model explained 30.64 % of the variance of life satisfaction.

It was found that the total indirect effect of extraversion on life satisfaction through the proposed mediators was significant (point estimate .0584, at 95% confidence lower limit = .0363, upper limit = .0859). With respect to the specific indirect effect of each proposed mediator, affectionate support (point estimate .0167, at 95% confidence lower limit = .0021, upper limit = .0372) and satisfaction with friends (point estimate .0211, at 95% confidence lower limit = .0096, upper limit = .0387) were significant, while the rest of the proposed mediators were not significant as their confidence interval contained zero (see table 8.7).

Table 8.7.
Indirect effect of extroversion on life satisfaction (model 1 and model 2)

Mediator	Effect of X on M (a1 - a9)		Effect of M on Y (b1 - b9)	SE	Bootstrap Estimate	SE	Bootstrap CI a 95%	
							Lower	Upper
Number of friends	.34***	.08	.009	.01	.0033	.0045	-.0046	.0135
Number of close friends	.12***	.03	.03	.04	.0041	.0041	-.0044	.0118
Weekly hours spent with friends	.05	.03	.03	.03	.0016	.0021	-.0009	.0082
Weekly hours spent with close friends	.14**	.04	-.01	.03	-.0024	.0041	-.0116	.0053
Importance given to friendship	.01*	.005	-.17	.19	-.0018	.0023	-.0089	.0012
Emotional support	.16***	.04	.06	.04	.0108	.0074	-.0030	.0265
Affectionate support	.13***	.02	.12*	.06	.0167	.0089	.0021	.0372
Tangible support	.03	.03	.15**	.05	.0043	.0041	-.0018	.0145
Satisfaction with friends	.04***	.001	.46***	.11	.0211	.0072	-.0096	.0387

Mediator	Effect of X on M (a1 - a9)		Effect of M on Y (b1 - b9)	SE	Bootstrap Estimate	SE	Bootstrap CI a 95%	
							Lower	Upper
Number of friends	4.12***	.96	.0018	.0026	.0074	.0105	-.0113	.0305
Number of close friends	1.47***	.32	.0078	.0076	.0114	.0102	-.0093	.0318
Weekly hours spent with friends	.64	.40	.0080	.0066	.0051	.0054	-.0017	.0220
Weekly hours spent with close friends	1.62**	.46	.0076	.0058	-.0124	.0103	-.0369	.0049
Emotional support	.19***	.04	.16*	.08	.0323	.0176	.0008	.0724
Affectionate support	.32***	.05	.13*	.06	.0429	.0217	.0072	.0955
Satisfaction with friends	.55***	.11	.08**	.02	.0480	.0167	.0208	.0883
Positive Relations	.51***	.07	-.01	.04	-.0065	.0204	-.0464	.0347
Social Integration	.20***	.04	.06	.05	.0142	.0132	-.0075	.0449
Social Acceptance	.20**	.06	.04	.03	.0093	.0093	-.0039	.0339

Note: N=406; multiple mediation analysis based on 5.000 bootstrap samples. BCa - bias corrected and accelerated; CI - confidence interval. Confidence intervals containing zero are interpreted as not significant; * p < .05 ** p < .01 *** p < .001.

In order to determine if other social variables would mediate the associations between extraversion and life satisfaction an alternative multiple mediation model was tested. In model 2 the mediator importance given to friendship was substituted by social integration and social acceptance. Furthermore tangible support was replaced with positive relations while the rest of the mediators from model 1 were included.

When testing model 2 it was found that, except for the path from number of weekly hours spent with friends ($a3$), all the paths from extraversion to the mediators were significant ($a1$, $a2$, $a4$, $a5$, $a6$, $a7$, $a9$ & $a10$) (see table 8.7).

With regards to the paths from the mediators to life satisfaction, only the path from emotional support ($b5$), affectionate support ($b6$) and the path from satisfaction with friends were significant, while the rest of the proposed mediators were not (see table 8.7).

Additionally, the multiple mediation analysis showed that, when controlling for age ($B=.01$, $SE = .00$, $p<.01$), gender ($B=-.24$, $SE=.08$, $p<.05$) and marital status ($B=.007$, $SE = .04$, $p>.05$), both the total effect of extraversion on life satisfaction (c) ($B=.31$, $SE = .04$, $p<.0001$), and the direct effect of extraversion on life satisfaction when the effect of the mediators were controlled (c') ($B=.16$, $SE = .04$ $p< .01$) were significant and the direct effect was smaller than the total effect.

With respect to the indirect effect of extraversion on life satisfaction, the total indirect effect through the mediators was significant (point estimate .1517, confidence interval 95% lowr limit= .0970, upper limit=.2170). Of all the proposed mediators emotional support, affectionate support and satisfaction with friends were significant while the rest of the mediators were not (see table 8.7).

The proportion of the total effect due to the indirect effect was 47. Model 2 explained 31.70% of the variance in life satisfaction and percentage of explained variance by the indirect effect of extraversion through the significant mediators was 14.

Because model 2 explained a slightly higher percentage in life satisfaction and the proportion of the total effect due to the indirect effect was higher it was also tested separately for the participants with and without functional limitations. However no differences were found with regards to the mediators explaining the indirect effect of extraversion for each group of participants.

Multiple Mediation analysis for the association between optimism and life satisfaction

Two different models were tested to identify mediators in the link between optimism and life satisfaction.

When testing model 1 it was found that all the paths from optimism to the mediators were significant (*a1-a6*) (see table 8.8). With respect to the paths from the proposed mediators to life satisfaction, only the paths from network size (*b1*) and from family function (*b6*) to life satisfaction were significant while the paths from the rest of the mediators to life satisfaction were not significant (*b2, b3, b4 & b5*) (see table 8.8).

When controlling for age ($B = .01, SE = .00, p < .01$), gender ($B = -.12, SE = .07, p > .05$) and marital status ($B = .03, SE = .03, p > .05$), both the total effect of optimism on life satisfaction (*c*) ($B = .45, SE = .04, p < .0001$), and the direct effect of optimism on life satisfaction when controlling for the effect of the mediators (*c'*) ($B = .29, SE = .02, p < .0001$) were significant and the direct effect was smaller than the total effect.

As for the indirect effect of optimism on life satisfaction, the total indirect effect through the mediators was significant (point estimate .1518, 95% confidence interval lower limit = .0999, upper limit = .2159). Regarding the specific indirect effects of the proposed mediators only network size and family function were significant, while the rest of the mediators were not (see table 8.8).

The proportion of the total effect that optimism had on life satisfaction due to the indirect effect was 39. The model explained 34.54 % of the variance in life satisfaction of which 11.39% was due to the indirect effect.

Table 8.8.

Indirect effect on optimism on life satisfaction (model 1 and model 2)

Mediator	Effect of X on M (a1 - a6)		Effect of M on Y (b1 - b6)		SE	Bootstrap Estimate	95% Bootstrap CI	
	M	SE	Y	SE			Lower	Upper
Size of social network	12.18***	2.94	.0021**	.0008	.0103	.0252	.0082	.0494
Emotional support	.32***	.04	.04	.07	.0300	.0115	-.0554	.0659
Affectionate support	.37***	.05	.07	.06	.0239	.0288	-.0140	.0806
Tangible support	.19**	.06	.07	.03	.0103	.0135	-.0001	.0427
Positive Relations	.48***	.07	.03	.03	.0169	.0177	-.0153	.0529
Family Function	.21***	.03	.26**	.07	.0203	.0551	.0222	.1036

Indirect effects on optimism on life satisfaction through family network, friends network, satisfaction with family, satisfaction friends, different types of social support, family function, social integration and social acceptance when controlling for age, gender and marital status (model 1)

Mediator	Effect of X on M (a1 - a6)		Effect of M on Y (b1 - b6)		SE	Bootstrap Estimate	95% Bootstrap CI	
	on M	SE	Y	SE			Lower	Upper
Family network	2.95**	.95	.0003	.0024	.0079	.0009	-.0142	.0179
Friends network	3.07**	1.14	.0040*	.002	.0071	.0124	.0023	.0317
Satisfaction with family	.69***	.13	.05*	.02	.0212	.0399	.0066	.0921
Satisfaction with friends	.60***	.12	.06**	.02	.0152	.0378	.0139	.0755
Emotional support	.32***	.04	.04	.07	.0293	.0141	-.0503	.0667
Affectionate support	.37***	.05	.03	.06	.0226	.0129	-.0281	.0628
Tangible support	.19**	.06	.09**	.03	.0116	.0176	.0018	.0500
Family function	.21***	.03	.14	.08	.0218	.0314	-.0043	.0810
Social integration	.29***	.04	.04	.05	.0159	.0119	-.0177	.0468
Social acceptance	.30***	.06	.005	.03	.0108	.0016	-.0193	.0245

Note: N=406; multiple mediation analysis based on 5.000 bootstrap samples. BCa _ bias corrected and accelerated; CI _ confidence interval. Confidence intervals containing zero are interpreted as not significant; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

As seen in table 8.8 when testing model 2, it was found that all the paths from optimism to the mediators were significant (*a1-a10*). Regarding the paths from the mediators to life satisfaction, the friends network (*b2*), satisfaction with family (*b3*), satisfaction with friends (*b4*) and tangible support (*b7*) were significant while the rest of the mediators were not (*b1, b5, b6, b8, b9 & b10*) (see table 8.8).

When controlling for age ($B = .01, SE = .00, p < .01$), gender ($B = -.16, SE = .08, p < .05$) and marital status ($B = -.007, SE = .03, p > .05$) both the total effect of optimism on life satisfaction was significant (*c*) ($B = .45, SE = .05, p < .001$), and the direct effect of optimism when controlling for the effect of the mediators (*c'*) ($B = .27, SE = .04, p < .0001$) were significant and the direct effect was smaller than the total effect.

With respect to the indirect effect of optimism on life satisfaction, it was found that total indirect effect of mediators was significant (point estimate .1756, 95% confidence lower limit = .1168, upper limit = .2412). The specific indirect effect of optimism on life satisfaction was transmitted through number of friends, satisfaction with family and with friends and through tangible support which were significant (see table 8.8). Meanwhile the rest of the proposed mediators were not significant.

The proportion of the total effect of optimism on life satisfaction due to the mediators proposed in model 2 was 39. Model 2 explained 22.57 % of the variance in life satisfaction of which 9.9% was due to the mediators.

When analyzing the indirect effect of optimism on life satisfaction separately for the people with and without functional limitations only model 1 was tested. Model 1 explained a higher percentage of the variance in life satisfaction and the proportion of the total effect due to the mediators was slightly higher. In the following section results are presented for each group.

Multiple Mediation analysis for the association between optimism and life satisfaction for people without restrictions

As illustrated in table 8.9, for the participants without restrictions due to illnesses, when controlling for age, number of illnesses and self-rated health the paths from optimism to the mediators ($a1-a6$) were all significant. Conversely only the paths from the mediators tangible support and satisfaction with family life to life satisfaction were significant ($b4$ & $b6$) while the paths from the rest of the proposed mediators to life satisfaction were not (see table 8.9). The total effect of optimism on life satisfaction (c) ($B=.42, p<.001$) and the direct effect of optimism on life satisfaction controlling for mediators (c') ($B=.32, p<.001$) were both significant and c' was smaller than c . Regarding the control variables only the effect of age on life satisfaction was significant ($p<.01$).

The total indirect effect of optimism on life satisfaction through the proposed mediators (when controlling for age, number of illnesses and self-rated health) was statistically significant as the confidence interval did not contain a zero (point estimate at .0930 and a 95% BCA confidence interval .0384 to .1691). Only the specific indirect effects of optimism on life satisfaction through network size, tangible support and satisfaction with family life were statistically significant (see table 8.9). For this group, the proposed model explained 36.1% of the variance in life satisfaction and the mediators explained 7.22% of the variance in the relationship between optimism and life satisfaction of the group of participants.

Multiple Mediation analysis for the association between optimism and life satisfaction for people with restrictions

For the participants who reported restrictions due to illness all the paths from optimism to the mediators ($a1-a6$) were significant except for the path from optimism to tangible support ($a4$). In contrast, only the path from network size ($b1$) to life satisfaction was significant, while the rest of the paths from the mediators to life satisfaction were not (see table 8.9).

The total effect of optimism on life satisfaction (c) ($B = .43, p < .001$) and the direct effect of optimism on life satisfaction controlling for mediators (c') ($B = .22, p < .001$) were both significant and c' was smaller than c .

The total indirect effect of optimism on life satisfaction through the proposed mediators (when controlling for age, number of illnesses and self-rated health) was statistically significant, point estimate at .1882 and a 95% BCa confidence interval .1017 to .2889. Only the specific indirect effect of optimism on life satisfaction through network size and satisfaction with family life were statistically significant (see table 8.9), while the specific indirect effects of optimism on life satisfaction through the rest of the proposed mediators were not significant (see table 8.9). For this group, the proposed model explained 35.5% of the variance in life satisfaction and the mediators 16.68 % of it.

Table 8.9. Indirect effect of optimism on life satisfaction through, emotional support, affective support, tangible support and family function when controlling for age, gender and marital status

Mediator	Effect of X on M (a1 - a6)		SE	Effect of M on Y (b1 - b6)		SE	Bootstrap Estimate	SE	BCa 95% CI	
									Lower	Upper
Network size	13.20**	4.14	.001	.001	.001	.0150	.0226	.0150	.0007	.0616
Emotional/informational support	.24***	.05	.11	-.05	.11	.0353	-.0214	.0353	-.0939	.0510
Affective support	1.38**	.37	.10	.02	.10	.0274	.0324	.0274	-.0085	.1043
Tangible support	.23*	.09	.04	.10*	.04	.0189	.0259	.0189	.0020	.0851
Subjective evaluation of social relations	.43***	.09	.05	-.02	.05	.0233	-.0056	.0233	-.0593	.0348
Satisfaction with family life	.14**	.04	.09	.27**	.09	.0220	.0391	.0220	.0076	.1016

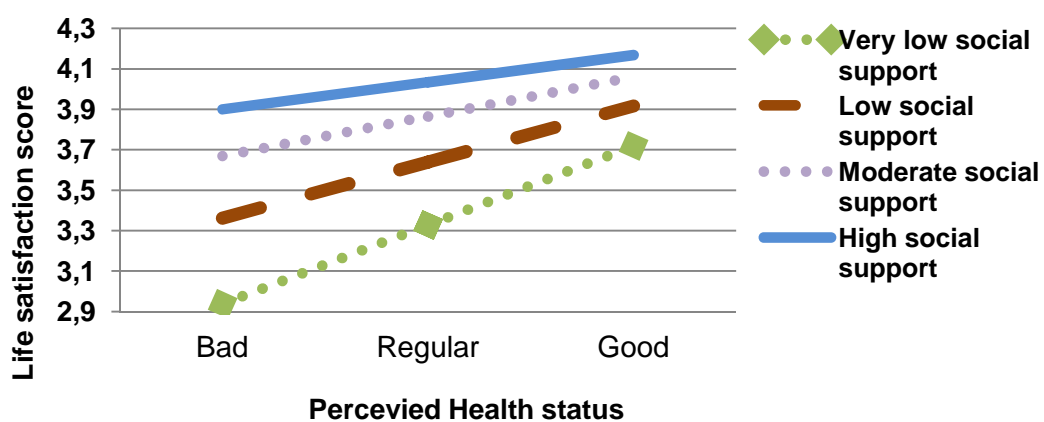
Mediator	Effect of X on M (a1 - a6)		SE	Effect of M on Y (b1 - b6)		SE	Bootstrap Estimate	SE	BCa 95% CI	
									Lower	Upper
Network size	12.29**	3.60	.01	.003*	.01	.0174	.0394	.0174	.0146	.0867
Emotional/informational support	.37***	.06	.10	.08	.10	.0463	.0309	.0463	-.0609	.1208
Affective support	2.20**	.38	.01	.01	.01	.0421	.0326	.0421	-.0459	.1230
Tangible support	.17	.09	.05	.02	.05	.0132	.0057	.0132	-.0135	.0423
Subjective evaluation of social relations	.46**	.11	.05	.05	.05	.0238	.0303	.0238	-.0082	.0873
Satisfaction with family life	.25***	.05	.10	.19	.10	.0312	.0494	.0312	.0016	.1280

Note. Based on 5,000 bootstrap samples. X= Optimism; Y=Life Satisfaction; M=Mediator; BCa - bias corrected and accelerated; CI - confidence interval. Confidence intervals containing zero are interpreted as not significant. * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Moderation analysis of optimism and social support

The moderation analysis showed that interactions between optimism and number of illnesses ($\beta = .03$; $SE = .02$; $t(403) = 1.34$, $p = .18$), optimism and restrictions due to health problems ($\beta = .04$; $SE = .03$; $t(403) = 0.76$, $p = .44$) and between optimism and perceived health status ($\beta = .00$; $SE = .06$; $t(403) = 0.13$, $p = .88$) were not significant, thus optimism did not moderate the effect that health status had on life satisfaction. Similarly interactions between social support and number of illnesses ($\beta = .05$; $SE = .02$; $t(403) = 1.86$, $p = .06$) and between social support and restrictions due to health problems ($\beta = .03$; $SE = .10$; $t(403) = .31$, $p > .06$) were neither significant.

However, interaction between social support and perceived health status was significant ($\beta = -.19$; $SE = .07$; $t(403) = -2.72$, $p = .006$). The model including social support and perceived health status explained 26% in the variance of life satisfaction ($R^2 = .25$, $F(3, 404) = 46.80$, $p = .000$) and the interaction explained an additional 1% in the variance in life satisfaction (change in $R^2 = .01$, $F(3, 404) = 7.43$, $p = .006$). Health status was associated with lower life satisfaction scores when the social support score was very low (10th percentile) and low (25th percentile), meanwhile when social support score were medium (50th percentile) and high (75th percentile) life satisfaction score were higher (see graph 8.2).



Graph 8.2. Moderator effect of social support on perceived health status and life satisfaction

Discussion

The overall aim of this thesis was to study the impact of psychosocial resources on life satisfaction in a group of people age 65 years old and older. Specifically the joint effect of psychosocial resources, health and socio-demographic characteristics was analyzed. Also different social relations variables were analyzed as possible mediators in the link between extraversion and life satisfaction and between optimism and life satisfaction respectively. In addition the role of optimism and social support as moderators of health deterioration was tested.

The results show that while socio-demographic and health status were modestly associated with life satisfaction, personality and social relations variables were positively and moderately linked to life satisfaction. The multiple regression analysis showed that optimism, number of weekly hours spent with the members of the social network and global social support, as well as satisfaction with family and with friends, subjective evaluation of health, functional limitation, satisfaction with income and age were significant predictors of life satisfaction. Of all the predictors, optimism had the higher explanatory power.

Furthermore, it was found that emotional support, affectionate support and satisfaction with friends mediated the association between extraversion and life satisfaction. The link between optimism and life satisfaction was mediated by network size, family function life and tangible support. However, when older people experienced health-related limitations, tangible support no longer explained the relation between optimism and life satisfaction. Also perceived social support moderated the association between subjective evaluations of health. Meanwhile neither social support nor optimism moderated the effect of number of illnesses or functional limitations due to health impairment.

Regarding socio-demographic characteristics and life satisfaction, it was found that gender, age, marital status and living arrangements were associated with significant differences in life satisfaction. However effect sizes of the differences were small. Besides in the multiple regression model only age predicted life satisfaction.

These results highlight the fact that socio-demographic characteristics do not have a great influence on older people's life satisfaction. These results are in agreement with previous studies that found socio-demographic to have a weak influence on life satisfaction (M.M. Baltes & Carstensen, 1996; Cacioppo et al., 2008; E. Diener et al., 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Ní Mhaoláin et al., 2012).

Concerning socioeconomic resources only satisfaction with income was associated with life satisfaction, although the correlation was low. This result suggests that, for the participants of this study, objective aspects of social resources are not relevant for life satisfaction. The only aspect that matters is their subjective evaluation of their financial situation.

Regarding health status and life satisfaction, we found that health impairment measured as number of illnesses, type of illness and functional limitation due to health impairment had a negative impact on participants' life satisfaction. These results reflect previous studies which have identified health problems as an unfavourable condition that significantly affects well-being (Bishop et al. 2006; Enkvist et al. 2012; Karataş & Duyan 2008; Kunzmann et al. 2000). However, in this sample the effect size of health-related variables was small. Particularly the numbers of illnesses that the elderly suffer from seem to be less important, as it was previously shown by Berg et al. (2009).

With respect to the type of illness we found that vascular diseases, emotional disorders and suffering from migraine were associated with lower life satisfaction scores. These results are in agreement with previous studies that identified these same illnesses as negative correlates of older people's life satisfaction (e.g. Berg et al., 2009; Enkvist et al., 2012; Hsu, 2011). On the contrary, suffering from heart and respiratory diseases, having high cholesterol and high blood pressure levels, having visual and hearing impairment was not associated with lower levels of life satisfaction.

This finding is similar to results of the study by Gwozdz and Sousa-Poza (2010) who found that even when the elderly have to deal with serious illnesses such as Parkinson's disease, strokes or heart attacks their life satisfaction is not drastically hindered.

Gwozdz and Sousa-Poza (2010) suggest that older people's ability to adapt to adverse circumstances would explain why some chronic diseases would not have a drastic negative impact on older people's life satisfaction, probably because the elderly get used to living with the impairment.

Meanwhile some other illnesses probably considerably interfere with older adults daily functioning due to the pain and discomfort they are associated with, however we can only speculate on this issue since in this study pain associated with illnesses and other associated aspects have not been explored.

With regards to differences in life satisfaction due to functional limitations they were also small. It could be argued that this could be due to the fact that in this sample the elderly have a very good functional and health status. It could be that the most frequent illnesses they suffered from were not serious enough to impair their functional ability. However, previous studies found that objective measures of health, such physical health and functional status were not strongly related to life satisfaction (Berg et al., 2006; Bowling, 1990; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 1993; Dai et al., 2013; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Smith et al., 2002).

Subjective evaluations of health, on the other hand, were found be the most relevant health-related correlate of life satisfaction in this sample, which is in agreement with the study by Smith et al. (2002) who found perceived health had the highest predictive power. Thus we could infer that subjective evaluations are more important for older people life satisfaction.

With respect to personal and social resources and life satisfaction, as expected extraversion, optimism, all types of support, network size, subjective evaluation of social relations and satisfaction with family life were positively and strongly correlated with life satisfaction. These results are consistent with previous findings that identified extraversion, optimism and social resources as important correlates of life satisfaction (Adkins et al., 1996; Baldwin et al. 2011; Berg et al. 2006; Heo & Lee 2010; Hsu & Tung 2010; Jopp & Rott, 2006; Laukka, 2007; Minton et al. 2009; O'Rourke 2004).

In addition, we corroborated previous results that subjective aspects of social relations are strongly associated with life satisfaction (Berg et al., 2006; Litwin & Shiovitz-Ezra 2006).

These findings suggest that being extraverted and hopeful about the future, feeling supported and satisfied with one's social relations is related to positive evaluations about one's life. Therefore, extraversion, optimism and social resources are valuable factors for older people's life satisfaction.

Regarding the mediating role of several social relations in the link between extraversion and life satisfaction, we found that, extraversion predicted affectionate support and satisfaction with friends which in turn lead to life satisfaction. Thus, older adults who score high on extraversion inform of receiving more affectionate support and being more satisfied with friends compared with those who score low on extraversion, and this leads to a higher score of life satisfaction. The findings of this study are in agreement with previous studies that found satisfaction with friends and family and social support from friends to mediate the link between extraversion and life satisfaction (Jopp & Rott, 2006; Tkach & Lyubomirsky, 2006; Ozer & Benet-Martínez, 2006). Therefore, satisfaction with friends and emotional/informational and affective support are important mechanisms that partly explain the indirect effect of extroversion on life satisfaction. These two types of support make reference to the expression of empathetic understanding, affection and love the encouragement of expressions of feelings and the offering of advice and information. Therefore, as shown by previous studies the influence that personality has on life satisfaction, happiness and on stress could be explained by mediators such as social activity, the need to belong, or perceived social support (Finch & Graziano, 2001; González Herero & Extremera, 2010).

However not all type of support seem to explain the link between extraversion and life satisfaction and the indirect effects we tested account for about one-third of the effect of extraversion. We found that tangible support or receiving assistance with activities of daily living does not contribute to explaining the indirect effect of extroversion on life satisfaction in this sample. This might be owed to the fact that in Spain it is normative to provide tangible support to older family member (Rodríguez-Rodríguez 2005), thus receiving this type of support might not depend on older adults' personality characteristics but on caregivers' cultural values.

Regarding the hypothesis that social resources would mediate the relationship between optimism and life satisfaction, it was partially confirmed.

The multiple mediation analysis indicated that of the proposed mediators, network size, tangible support and family function were significant. Optimism was associated with both larger networks and satisfactory and supportive social relations, which is in agreement with previous studies (Carver et al. 2010; Norem & Chang, 2002). In turn, having larger networks, considering that family function and tangible support as adequate partially explain why optimistic older adults were more satisfied with their lives. This result also confirms previous research on the mediating role of social support between optimism and well-being and between optimism and stress (Dougall et al., 2001; Luger et al., 2009; Vollmann et al., 2011) and reiterates the role of optimism as an important psychological resource that is linked to life satisfaction in old age.

Contrary to our hypothesis, subjective evaluation of social relations, emotional/informational and affectionate support did not mediate the relationship between optimism and life satisfaction. This finding could be determined by the presence of another explanatory variable that has not been contemplated: namely the provider of the different types of support. Srivastava et al. (2006) found that the link between optimism and relationship satisfaction was explained by perceived social support. In view of this we can hypothesize that if perceived social support is delivered by family members, then perceiving family function as adequate would already illustrate the perceived emotional/informational and affectionate support of the participants of this study. If the emotional/ informational and affectionate support providers are family members, then the effect of these two variables would be suppressed by family function life. Future research is needed in order to clarify this aspect.

Another explanation of why emotional/informational support did not mediate the link between optimism and life satisfaction might be the fact that this type of support is relevant when adjusting to a stressful situation. Dougall et al. (2001) found that emotional support mediated the relationship between optimism and adjustment to working and recovering at an airplane crash site. We did not take into account how stressful health-related limitations were for the participants who informed of having them or if they had already adjusted to living with functional limitations.

We also hypothesized that mediator variables of extraversion on life satisfaction and of optimism on life satisfaction would vary according to whether or not restrictions due to illnesses were reported. This hypothesis was partially confirmed as it was found that network size, tangible support and satisfaction with family life were significant mediators between optimism and life satisfaction for the participants without restrictions, while for the group of participants who reported restrictions, only network size and satisfaction with family life were significant mediators. Not finding tangible support as a significant mediator for those who reported restrictions might be explained by the fact that, although optimism is associated with higher tangible support, when older people have restrictions due to health conditions the instrumental support they receive might not depend on their personality traits but on the cultural values of the support providers.

As previously discussed, exchanges of social support vary by cultural context (vonDras et al., 2008). In Spain and particularly in Andalucía caring for the elderly is still seen as moral obligation (Rodríguez-Rodríguez, 2005) thus it is normative to provide instrumental support to older family members when they have difficulties in performing activities. As shown by a nationwide representative survey on ageing in Spain, family members constitute the main source of support of the elderly (IMSERSO, 2012) and only 16% of the Spanish elderly receive formal support for instrumental activities (Bazo, 2008), so family plays an important role in older people's lives.

In this way optimistic older people without restrictions would receive tangible support from their social network because of their tendency to promote positive social interactions, while both optimistic and pessimistic older people would receive tangible support when they have restrictions due to illness as a consequence of their support providers' values.

However no differences were found in the mediators that explained the indirect effect of extraversion on life satisfaction. For both the participants with and without restrictions due to health problems emotional/informational and affectionate support and satisfaction with friends partially explained the link between extraversion and life satisfaction.

This result could be due to the fact that these types of social support and satisfaction with friends might not be influenced by participants' health status. On the contrary tangible support is influenced by older people health impairment and by cultural norms.

Regarding the moderator effect of optimism and social support, we found that neither of them moderated the effect that number of illnesses or functional limitation had on life satisfaction. This could be probably due to the fact that, in this sample, participants had a fairly good health status and, despite a high percentage of them informing of health-related functional restrictions, they could still engage in valued activities. This might indicate that the limitations the participants informed of did not dramatically hinder their functional abilities and, consequently, their life satisfaction would not be drastically diminished by illnesses and illness-related limitations. Thus the elderly from this study would not need to use their psychological and social resources to moderate the detrimental effect of health deterioration. Also the fact that health status is not likely to radically improve in old age, holding positive future expectancies about one's health might not be relevant for preparing to cope with the prospect of progressive health decline. These findings are somehow contrary to previous studies that found optimism to moderate or at least to partially moderate the associations between stress, stress appraisal and depression and life satisfaction found with younger adults and with caregivers (Chang, 2002; Márquez-González et al., 2009). Also one recent study found optimism to moderate the unfavorable effect that negative self-perceptions have on older people's physical and mental health (Wurm, & Benyamini, 2014) thus optimism seems to be a relevant factor that buffers the effect of certain stressful circumstances but not when health status does not dramatically hinders life satisfaction.

However, social support moderated the impact that subjective evaluation of health had on life satisfaction. It was found that participants who indicated their health status was bad but had enough social support scored almost one point higher on life satisfaction than those who indicated they their health status was bad and obtained very low or low social support scores. Similarly participants who stated their health status could be better and obtained high social support scores scored 0.70 points above on life satisfaction in comparison to those who asserted their health status could be better but obtained very low social support scores.

Thus our hypothesis on the moderator role of psychological and social resources was partially supported. The fact that social support moderates the impact that subjective health has on life satisfaction is in agreement with previous studies which have established that social support can mitigate the negative impact of stressful events (Bueno & Navarro, 2003; Greve & Staudinger, 2006; Hatfield et al., 2013; Hsu & Tung, 2010; Jang et al., 2002; Kunzmann et al., 2000; Taylor & Lynch, 2004). Thus, since social support contributes to adaptation to adverse circumstances and reduces their negative impact on older people's well-being, it could be considered a resilience factor (Hsu & Tung, 2010; Jang et al., 2002; Taylor & Lynch, 2004).

Limitations and future studies

Although this study contributes to the resource-life satisfaction literature, there are several limitations to this thesis that are worth mentioning. The use of non probability sampling might not allow extrapolating the results of this thesis to the general Spanish population of older adults. However, if we compare the sample of this thesis with the sample from a nationwide representative study on ageing in Spain (IMSERSO, 2012), the elderly we interviewed are very similar in terms of their distribution by gender, age groups, marital status and health status.

Also, as shown by Schimmack et al. (2002) the impact that personality has on life satisfaction and on affective well-being is moderated by cultural factors. Similarly, according to Kang et al. (2003) the relevance of quality of social interaction in predicting life satisfaction also varies by cultural context, so findings from this thesis might be limited to urban older adults in Spain and might not apply to other cultural contexts. Thus, findings from this thesis need to be replicated in other cultural contexts.

In addition, because the participants were members of associations and attended activity centres from urban areas they were very likely to have a high level of psychosocial resources.

Moreover, despite a high percentage of them informing of health-related functional restrictions, they could still engage in valued activities, which might indicate that the limitations they informed of did not dramatically hinder their functional abilities.

Therefore, we can expect results from this thesis to be applicable at least to community-dwelling older adults from urban areas in Spain without major functional restrictions while other patterns of associations should be expected between the study variables in the institutionalized older adults, the elderly from rural areas, or older adults with very serious functional limitations.

What is more, the severity, time since diagnosed and pain symptoms of the health conditions reported by the participants were not assessed. Similarly, even if the participants were asked whether they had any restrictions due to illnesses, it was not distinguished between functional restriction for basic, instrumental activities and for other types of activities. These are important variables to be considered when studying health and well-being, since including them would allow a better understanding of how health influences well-being. Consequently, future studies should focus on representative, more diverse samples of older adults and include more information on their health status.

Furthermore, the cross-sectional design does not allow for distinguishing between predictors and outcome variables. So the multiple mediation and moderation analysis we conducted only had descriptive purposes and results should be received with caution. Both personality and social resources influence each other (Back et al., 2011; Carver et al. 2010) and it is possible for social support to lead to a positive future outlook and it could reinforce individuals' tendency to be extraverted. We also assumed social relations to predict life satisfaction; however, as shown by Lyubomirsky King and Diener (2005) satisfactory and supportive social interactions can be caused by happiness or positive affectivity. Additionally, it can also be possible that life satisfaction represents a global indicator of positive functioning (Caprara et al., 2010) which has an influence on both personality and social resources. Also, as shown by Paúl et al. (2007) health status can influence older people's future expectancies. In light of this, more research is needed as the relationship between social relations, personality, health and well-being is not fully understood. Therefore, in order to clarify what the causal relationships between social relations, personality and life satisfaction are, future studies should test reciprocal models using longitudinal designs in both older adults with and without health impairment.

Because the mediating role of coping, activity, meaning in life, control or constraints beliefs have found these variables to partially mediate the associations between optimism and several well-being measures (Benyamini, 2005; González Herero & Extremera 2010; Ju et al. 2013; Sherman & Cotter 2013) and self-efficacy, positive affectivity and importance of intrinsic objectives have been found to mediate the association between extraversion and well-being (Adkins et al., 1996; Berg et al., 2006; Jopp & Rott, 2006; Laukka, 2007) mediation models should integrate social relations, affectivity and activity variables simultaneously as potential mediators. In this way we can clarify what are the causal relationships between social relations, personality and life satisfaction and fully understand the indirect effect that optimism and extraversion have on life satisfaction.

In addition, in the present study some relevant variables such as other personality dispositions like agreeableness, openness, neuroticism, the likelihood of social interaction being conflictive, coping strategies, self-efficacy and distal influences have not been considered. Hence, in order to insure that the associations found between variables are specific to extraversion and to optimism, future studies should control for other personality dispositions when testing mediation models of this traits. Also because well-being depends on multiple mechanisms, future studies exploring the moderator role of resources on health deterioration should include other protective factors such as self-efficacy or perceived control. Furthermore future studies should include distal influences such as the patterns of social interaction through the life span or stressful events experienced before old age.

Finally the use of self-reported measures could be biased by participants' goals and motives and shared method variance could determine inflation of the relationship between variables. In order to avoid social desirability, the participants were insured that there were no correct and incorrect answers and confidentiality of the information provided was guaranteed. Also, the instruments we used had controlled for acquiescence to a certain extent since some of their items were reversed. In addition, the measures we used have good construct validity. However, in order avoid possible bias attributed to self-report, future studies should contemplate supplementing self-reported measures with implicit methods and experience sampling.

Practical implication

Because we found that extraversion and optimism were linked with higher social support and life satisfaction, we believe interventions to increase extraverted behaviours and optimism among older adults should be considered. Although it is generally accepted that personality traits are relatively stable and are difficult to change (Trunzo & Pinto, 2003), Chapman et al. (2011) argue that traits can be modified through psychosocial intervention that focuses on changing how people behave and think. In particular optimism could be modified through adequate cognitive-behavioural therapy (Carver et al. 2010; Pretzer & Walsh 2001). Pretzer and Walsh point out that in order to be successful, these techniques should be adjusted so they approach those aspects that are directly associated with optimistic cognitions.

Additionally, finding optimism and extraversion to be associated with social support and with satisfaction with social relations and particularly with family and friends, contributes to drawing the psychological profile of older adults who are skillful in accumulating informal social support. Understanding what this profile is could be informative for identifying older adults who lack informal support or who are dissatisfied with their social networks and need to be included in support-based interventions (Krause, 2006).

At the same time, the results of our study emphasize the importance of promoting supportive and satisfactory social networks in order to maintain life satisfaction among the elderly. Therefore it is crucial to reinforce existing resources like senior activity centres, elderly associations or the University for the Third Age, and promote new initiatives that allow older adults to increase their social networks by interacting with younger generations. At the same it is necessary to inform families and professional working with older adults about older people's needs and expectation regarding social relations and social support (Jang et al., 2002).

Particularly older adults with a negative evaluation of their health status need to have satisfactory social relations and to perceive they receive enough social support. In this way their negative evaluation of their health would be buffered by social support which would avoid them negative emotional states such as uselessness, loneliness or depression (Hatfield et al., 2013; Kunzmann et al., 2000).

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

By increasing the likelihood of supportive and satisfactory social relations and by promoting an optimistic outlook and an extraverted behavior we can increase older people's probability of being satisfied with their lives and to better face age-related challenges.

CHAPTER 9:

MAIN CONCLUSIONS

The following conclusions could be drawn from the results of this dissertation:

Socio-demographic characteristics had a weak influence on participants' life satisfaction.

Of all variables that evaluated socioeconomic resources only satisfaction with income influenced participants' life satisfaction, although its influence was only modest.

Health status influenced older people's life satisfaction; however its impact was low. Subjective evaluation of health status and functional limitations due to illnesses had a higher impact on life satisfaction than number of illnesses or the type of illness.

Social resources were positively and moderately associated with life satisfaction both at bivariate and at multivariate level. Specifically, spending more time with the social network members, feeling supported by the members of their social network and feeling satisfied with family and friends were the most relevant social variables for older adults' life satisfaction.

Variables evaluating relationships with family member and variables assessing relationships with friends had a similar effect on older people's life satisfaction.

Both personal resources extraversion and optimism were positively and moderately associated with life satisfaction at bivariate level. However at multivariate level only optimism was a significant predictor of life satisfaction. Meanwhile, extraversion was no longer significant when the social resources variables were introduced in the multiple regression model. Thus, for participants of this study, optimism has a higher explanatory power than extraversion.

Social and personal resources explained a higher percentage in life satisfaction variance, while health status, satisfaction with income and age only explained a low percentage of the variance in life satisfaction.

Extraversion and optimism influenced the size of participants' social network and the number of weekly hours older people spent with the members of their social network.

Furthermore extraversion and optimism influenced participants' perception of the adequacy of the function carried out by their families, their satisfaction with their family and friends and their feeling of social integration.

Affectionate support, emotional support and satisfaction with friends partly explained the indirect effect that extraversion had on participant's life satisfaction. Network size, tangible support and family function partly explained the indirect effect that optimism had on the elderly's life satisfaction.

Functional limitations due to illness change the mediators that explain optimism's indirect effect on life satisfaction. Meanwhile functional limitations do not affect the mediators that explain the indirect effect of extraversion on life satisfaction.

Perceived social support moderates the influence that subjective evaluation of health has on participants' life satisfaction.

Summing up, participants' life satisfaction did not depend on gender, living arrangements, or on education level or income. Neither age, nor an impaired health status drastically influenced older people's global assessment of their lives. Older adults' life satisfaction depended on their personality traits, dispositions that are deeply rooted in their wide life experiences, and on the links they have with those close people around them.

Referencias Bibliograficas

- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., & Croudace, T. J. (2010). An evaluation of the precision of measurement of Ryff's psychological well-being scales in a population sample. *Social Indicators Research*, 97(3), 357-373.
- Acock, A. C., & Hurlbert, J. S. (1993). Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks*, 15(3), 309-334. doi:10.1016/0378-8733(93)90010-I
- Adams, K. B. (2004). Changing investment in activities and interests in elders' lives: Theory and measurement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(2), 87-108.
- Adkins, G., Martin, P., & Poon, L. W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians, and sexagenarians. *Psychology and Aging*, 11(3), 408-416. doi:10.1037/0882-7974.11.3.408
- Ahmadi Lewin, F. (2001). Gerotranscendence and different cultural settings. *Ageing and Society*, 21, 395-415.
- Ajrouch, K. J. (2008). Introduction to a special issue of research in human development: Aging families in global context. *Research in Human Development*, 5(1), 1-5. doi:10.1080/15427600701853806
- Albanesi, C., Cicognani, E., & Zani, B. (2007). Sense of community, civic engagement and social well-being in Italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17(5), 387-406.
- Aldwin, C. M., Spiro III, A., Park, C. L., & Birren, J. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A life span developmental perspective. *Handbook of the Psychology of Aging*, 6, 85-104.
- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21(3), 543-548. doi:10.1200/JCO.2003.10.092
- Andersen, S. M. (1990). The inevitability of future suffering: The role of depressive predictive certainty in depression. *Social Cognition*, 8(2), 203-228. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/soco.1990.8.2.203>
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality.
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akuyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 247-260). New York, NY: Springer.
- Antonucci, T. C. (2008). Aging families in global context. *Research in Human Development*, 5(1), 60-63. doi:10.1080/15427600701853715
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82-92. doi:10.1093/geront/gnt118
- Ardelt, M. (2000). Antecedents and effects of wisdom in old age: A longitudinal perspective on aging well. *Research on Aging*, 22(4), 360-394. doi:10.1177/0164027500224003
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B(1), P15-P27. doi:10.1093/geronb/52B.1.P15
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London; New York: Routledge.
- Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1531-1544. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1531>

- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality, 15*(5), 327-353. doi:10.1002/per.417
- Ashton, M. C., Lee, K., & Paunonen, S. V. (2002). What is the central feature of extraversion? social attention versus reward sensitivity. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(1), 245-252. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.245>
- Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*(10), 993-1003.
- Atcheley, R., C. (1995). Activity theory. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging: A comprehensive resource in gerontology and geriatrics* (2nd ed., pp. 9-12). New York: Springer.
- Atchley, R. C. (2006). Continuity theory. In R. Schulz (Ed.), *Encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 266-268). New York: Springer Pub. Co.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist, 29*(2), 183-190.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314-319.
- Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2008). Extraversion and the consequences of social interaction on affect repair. *Personality and Individual Differences, 44*(5), 1151-1161. doi:10.1016/j.paid.2007.11.009
- Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Bowling, A., & Ebrahim, S. (2006). Predicting catastrophic decline in mobility among older people. *Age and Ageing, 35*(4), 382-387. doi:10.1093/ageing/afl004
- Back, M. D., Baumert, A., Denissen, J. J. A., Hartung, F., Penke, L., Schmukle, S. C., . . . Wrzus, C. (2011). PERSOC: A unified framework for understanding the dynamic interplay of personality and social relationships. *European Journal of Personality, 25*(2), 90-107. doi:10.1002/per.811
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research, 99*(2), 183-203. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. (2010; 2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research, 99*(2), 183-183-203.
- Baldwin, D. R., Jackson, D., Okoh, I., & Cannon, R. L. (2011). Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective. *The Journal of Black Psychology, 37*(1), 24-24-41.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society, 16*, 397-422.
- Baltes, P. B. (1983). Life-span developmental psychology: Observations on history and theory revisited. In R. M. Lerner (Ed.), *Developmental psychology: Historical and philosophical perspectives* (pp. 79-111). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. B. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. *Determining the Effects of Aging on the Central Nervous System, 41-66*.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In V. L. Bengtson, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (Second Edition ed., pp. 209-226) Springer Publishing Company.

- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Barer, M., Evans, R., Hertzman, C., & Lomas, J. (1986). Toward effective aging: Rhetoric and evidence. *3rd Canadian Conference on Health Economics, Winnipeg, Manitoba, may*.
- Barrett, A. E. (2003). Socioeconomic status and age identity: The role of dimensions of health in the subjective construction of age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S101-S109.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0037562>
- Bellón Saameño, J., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Bengtson, V. L., Burgess, E. O., & Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(2), S72-S88.
- Bengtson, V. L., Putney, N. M., & Johnson, M. L. (2005). The problem of theory in gerontology today. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman & T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The cambridge handbook of age and ageing* (pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press Cambridge, UK.
- Benyamini, Y., & Roziner, I. (2008). The predictive validity of optimism and affectivity in a longitudinal study of older adults. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 853-864.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1463-1473. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.020>
- Ben-Zur, H. (2012). Loneliness, optimism, and well-being among married, divorced, and widowed individuals. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 23-36. doi:10.1080/00223980.2010.548414
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264. doi:10.1080/13607860500409435
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201. doi:10.1080/13607860802342227
- Berg, A., Hassing, L., Thorvaldsson, V., & Johansson, B. (2011). Personality and personal control make a difference for life satisfaction in the oldest-old: Findings in a longitudinal population-based study of individuals 80 and older. *European Journal of Ageing*, 8(1), 13-20. doi:10.1007/s10433-011-0181-9
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Berkman, L. F., Seeman, T. E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., . . . Rowe, J. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: Findings from the MacArthur foundation research network on successful aging. *Journal of*

- Clinical Epidemiology*, 46(10), 1129-1140. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90112-E](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90112-E)
- Berry, D. S., Willingham, J. K., & Thayer, C. A. (2000). Affect and personality as predictors of conflict and closeness in young adults' friendships. *Journal of Research in Personality*, 34(1), 84-107. doi:10.1006/jrpe.1999.2271
- Betts Adams, K., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, 31(4), 683-712. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Bishop, A., Martin, P., & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: A structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, 10(5), 445-445-453. doi:10.1080/13607860600638388
- Biswas-Diener, R., & Diener, E. (2001). Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*, 55(3), 329-352.
- Blace, N. P. (2012). Functional ability, participation in activities and life satisfaction of the older people. *Asian Social Science*, 8(3), 75-87.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2006). Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social social order and mental health: A social wellbeing approach. *Clínica y Salud*, 17(1), 7-29.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2007). Social order and mental health: A social wellbeing approach. *Psychology in Spain*, 11(1), 61-61-71.
- Blazer, D. G. (2006). Successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 2-5.
- Boland, A., & Cappeliez, P. (1997; 1997). Optimism and neuroticism as predictors of coping and adaptation in older women. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 909-909-919.
- Bolger, N., & Eckenrode, J. (1991). Social relationships, personality, and anxiety during a major stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 440-449. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.440>
- Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.
- Boulton-Lewis, G., Buys, L., & Lovie-Kitchin, J. (2006). Learning and active aging. *Educational Gerontology*, 32(4), 271-282. doi:10.1080/03601270500494030
- 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. (2005). *Ageing well. quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- Bowling, A. (1993). The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*, 10(4), 449-453. doi:10.1093/fampra/10.4.449
- Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Social Science & Medicine*, 31(9), 1003-1011. doi:10.1016/0277-9536(90)90112-6
- 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(4), 355-371. doi:10.1080/1360786021000006983
- Bowling, A., Farquar, M., & Grundy, E. (1996). Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(12), 1077-1087. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199612)11:12<1077:AID-GPS466>3.0.CO;2-D
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *Bmj*, 331(7531), 1548-1551. doi:10.1136/bmj.331.7531.1548
- Bowling, A., Farquhar, M., Grundy, E., & Formby, J. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Social Science & Medicine*, 36(5), 641-655. doi:10.1016/0277-9536(93)90061-8

- Bowling, A., & Iliffe, S. (2011; 2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 13-13-13.
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82. doi:10.1023/A:1011564713657
- Bowling, A., & Zahava Gabriel. (2004). An integrational model of quality of life in older age. results from the ESRC/MRC hsrc quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69(1), 1-36.
- Bozo, Ö., Toksabay, N. E., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*, 143(2), 193-205.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine
- Brandstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14(1), 52-80. doi:10.1006/drev.1994.1003
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A., & Marmot, M. G. (2008). Successful aging: The contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6), 1098-1105.
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H., & Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(6), 810-816. doi:10.1016/j.bbi.2009.02.018
- Bueno, B., & Navarro, A. B. (2003). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores. *Mapfre Medicina*, 14, 37-50.
- Burgess, E. O., & Bengtson, V. L. (2006). Social gerontology: Theories. In R. Schulz (Ed.), *Encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 1098-1100). New York: Springer Pub. Co.
- Burns, R., & Machin, M. A. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's psychological well-being scales across two samples. *Social Indicators Research*, 93(2), 359-375. doi:10.1007/s11205-008-9329-1
- Burr, J. A., Caro, F. G., & Moorhead, J. (2002). Productive aging and civic participation. *Journal of Aging Studies*, 16(1), 87-105. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065\(01\)00036-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065(01)00036-6)
- Butkovic, A., Brkovic, I., & Bratko, D. (2012). Predicting well-being from personality in adolescents and older adults. *Journal of Happiness Studies*, 13(3), 455-467. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-011-9273-7>
- Butler, R. N. (1985). Health, productivity, and aging: An overview. *Productive Ageing: Enhancing Vitality in Later Life*. New York: Springer.
- Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B., & Vega, J. L. (2004). Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 39(Supl 3), 38-45.
- Buz, J., Sanchez, M., Levenson, M., & Aldwin, C. (2014). Aging and social networks in Spain: The importance of pubs and churches. *International Journal of Aging and Human Development*, 78(1), 23-46.
- Cabañero Martínez, M. J., Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Orts Cortés, M. I., Reig Ferrer, A., & Tosal Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Cacioppo, J. T., Hawley, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L., & Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection. the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. In M. Eid, & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). New York: Guilford Press.
- Canetto, S. S., Kaminski, P. L., & Felicio, D. M. (1995). Typical and optimal aging women and men: Is there a double standard? *The International Journal of Aging and Human Development*, 40(3), 187-207.
- Cantor, N., & Norem, J. K. (1989). Defensive pessimism and stress and coping. *Social Cognition*, 7(2), 92-112. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.92>

- Caprara, M. (2008). La promoción del envejecimiento activo. In R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist, 10*(4), 275-275-286. doi:10.1027/1016-9040.10.4.275
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R., & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19*(1), 63-63-71.
- Carstensen, L. (1991). Selectivity theory: Social activity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11*, 195.
- Carstensen, L. (1990). Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein: (Eds), *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carver, C. S., Kus, L. A., & Scheier, M. F. (1994). Effects of good versus bad mood and optimistic versus pessimistic outlook on social acceptance versus rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(2), 138-151. doi:10.1521/jscp.1994.13.2.138
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences, 0*(0), 20.01.2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). The hopeful optimist. *Psychological Inquiry, 13*(4), 288-290.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Chan, Y., & Lee, R. P. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies, 7*(1), 87-112.
- Chang, R., Chang, E. C., Sanna, L., & Hatcher, R. L. (2008). Optimism and pessimism as personality variables linked to adjustment. In G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and assessment* (pp. 470-485). Los Angeles: SAGE.
- Chang, E., & Sanna, L. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging, 16*(3), 524-524-531.
- Chang, E. C. (2002). Optimism-pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cognitive Therapy and Research, 26*(5), 675-690. doi:10.1023/A:1020313427884
- Chang, E. C. (1998). *Distinguishing between optimism and pessimism: A second look at the optimism-neuroticism hypothesis*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Chapman, B. P., Roberts, B., & Duberstein, P. (2011). Personality and longevity: Knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of Aging Research, doi:doi:10.4061/2011/759170*
- Chapman, B., Duberstein, P., & Lyness, J. M. (2007). Personality traits, education, and health-related quality of life among older adult primary care patients. *The Journals of Gerontology, 62B*(6), P343-52.
- Chapman, S. A. (2005). Theorizing about aging well: Constructing a narrative. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement, 24*(01), 9-18. doi:10.1353/cja.2005.0004
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 307-327). New York: Guilford Press.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology, 61*(1), 383-409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448

- Chen, Y., Lee, Y., Pethtel, O. L., Gutowitz, M. S., & Kirk, R. M. (2012). Age differences in goal concordance, time use, and well-being. *Educational Gerontology*, 38(11), 742-752. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2011.645424>
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. doi:10.1177/0265407513488728
- Cheng, S., Lee, C. K. L., Chan, A. C. M., Leung, E. M. F., & Lee, J. (2009). Social network types and subjective well-being in Chinese older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(6), 713-722.
- Chi, I. I., & Chou, K. L. K. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *International Journal of Aging & Human Development*, 52(3), 231-252.
- Chi, I., & Chou, K. (2000). Financial strain and depressive symptoms among Hong Kong Chinese elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 32(4), 41-60. doi:10.1300/J083v32n04_05
- Chiao, C., Weng, L., & Botticello, A. L. (2012). Economic strain and well-being in late life: Findings from an 18-year population-based longitudinal study of older Taiwanese adults. *Journal of Public Health*, 34(2), 217-227. doi:10.1093/pubmed/fdr069
- Chico Libran, E., & Ferrando Piera, P. J. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- Choi, N. G., & Dinse, S. (1998). Challenges and opportunities of the aging population: Social work education and practice for productive aging. *Educational Gerontology*, 24(2), 159-173. doi:10.1080/0360127980240205
- Chou, K. (2005). Everyday competence and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? *Aging & Mental Health*, 9(2), 177-183. doi:10.1080/13607860412331336814
- Chou, K. ., Chi, I., & Chow, N. W. S. (2004). Sources of income and depression in elderly Hong Kong Chinese: Mediating and moderating effects of social support and financial strain. *Aging & Mental Health*, 8(3), 212-221. doi:10.1080/13607860410001669741
- Chris Tkach, & Sonja Lyubomirsky. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(2), 183-225. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-005-4754-1>
- Clark, C. J., Henderson, K. M., de Leon, C. F. M., Guo, H., Lunos, S., Evans, D. A., & Everson-Rose, S. A. (2012). Latent constructs in psychosocial factors associated with cardiovascular disease: An examination by race and sex. *Frontiers in Psychiatry*, 3 doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2012.00005>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Comisión Europea. (2007). Healthy ageing: Keystone for a sustainable Europe. Consultado el 13.10.2011.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>
- Conway, F., Magai, C., Springer, C., & Jones, S. C. (2008). Optimism and pessimism as predictors of physical and psychological health among grandmothers raising their grandchildren. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1352-1357. doi:10.1016/j.jrp.2008.03.011
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 1-9. doi:10.1017/S1041610213002287
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1999). In Costa P. T. J., McCrae R. R. (Eds.), *NEO-PIR inventario de personalidad NEO revisado* [Manual of Revised NEO Personality Inventory]. Madrid: TEA.

- 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 & Health, 25*(7), 805-820.
- Cukrowicz, K. C., Franzese, A. T., Thorp, S. R., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging & Mental Health, 12*(5), 662-669. doi:10.1080/13607860802343258
- Cummings, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic.
- Curb, J. D., Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Korper, S. P., Deeg, D., Miles, T., & White, L. (1990). Effective aging. meeting the challenge of growing older. *Journal of the American Geriatrics Society, 38*(7), 827-828.
- Dai, B., Zhang, B., & Li, J. (2013). Protective factors for subjective well-being in Chinese older adults: The roles of resources and activity. *Journal of Happiness Studies, 14*(4), 1225-1239. doi:10.1007/s10902-012-9378-7
- Daukantaitė, D., & Zukauskienė, R. (2012). Optimism and subjective well-being: Affectivity plays a secondary role in the relationship between optimism and global life satisfaction in the middle-aged women. longitudinal and cross-cultural findings. *Journal of Happiness Studies, 13*(1), 1-16.
- Dember, W. N., Martin, S. H., Hummer, M. K., Howe, S. R., & Melton, R. S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology, 8*(2), 102-119.
- Demir, M., & Weitekamp, L. (2007). I am so happy 'cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies, 8*(2), 181-211. doi:10.1007/s10902-006-9012-7
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124*(2), 197-229. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.197>
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 7*(1), 137-150.
- 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), 6-20.
- Depue, R. A., & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences, 22*(3), 491-569.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.
- Diener, E., & Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. In E. Diener, & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 185-218). Cambridge: Mit Press.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research, 57*(2), 119-169.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1998). *Subjective well-being and age: An international analysis*. Springer Publishing Co.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*(1), 34-43. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(4), 653-663. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>

- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.926>
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305-314. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.305>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. doi:10.1111/1467-9280.00415
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, M. L., & Diener McGavran, M. B. (2008). What makes people happy? A developmental approach to the literature on family relationships and well-being. In M. Eid, & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 347-375). New York: Guilford Press.
- Diggs, J. (2008). Activity theory of aging. In S. Loue, & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of aging and public health* (pp. 79-81) Springer.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 417.
- Doeven-Eggen, L., De Fruyt, F., Jolijn Hendriks, A. A., Bosker, R. J., & Van der Werf, M. P. C. (2008). Personality and personal network type. *Personality and Individual Differences*, 45(7), 689-693. doi:10.1016/j.paid.2008.07.017
- Dolinski, D., Gromski, W., & Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology*, 127(5), 511.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: The importance of social support and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(2), 223-245. doi:10.1111/j.1559-1816.2001.tb00195.x
- Duke, J., Leventhal, H., Brownlee, S., & Leventhal, E. A. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4), P367-P376.
- Dykstra, P. A. (2011). Personal relationships in late life: An introduction to the special issue. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 5-8. doi:10.1177/0265407510391643
- Eaton, L. G., & Funder, D. C. (2003). The creation and consequences of the social world: An interactional analysis of extraversion. *European Journal of Personality*, 17(5), 375-395. doi:10.1002/per.477
- Ebersole, P. (1995). Quality of life: What is it? *Geriatric Nursing*, 16(2), 49-50.
- Eid, M., Riemann, R., Angleitner, A., & Borkenau, P. (2003). Sociability and positive emotionality: Genetic and environmental contributions to the covariation between different facets of extraversion. *Journal of Personality*, 71(3), 319-346. doi:10.1111/1467-6494.7103003
- Ekström, H., Ivanoff, S. D., & Elmståhl, S. (2008). Restriction in social participation and lower life satisfaction among fractured in pain: Results from the population study "Good aging in Skåne". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(3), 409-424. doi:10.1016/j.archger.2007.06.001
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*, (2nd. Ed) New York: WW Norton & Company.
- Felmlee, D., & Muraco, A. (2009). Gender and friendship norms among older adults. *Research on Aging*, 31(3), 318-344. doi:10.1177/0164027508330719
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: Un desafío a la ciencia ya la sociedad. *Psicología Evolutiva*, 3, 139-258.

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

- Fernández-Ballesteros, R. (2000). La gerontología positiva. The positive gerontology. *Revista Multidisciplinaria De Gerontología*, 10(3), 143-145.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). La psicogerontología, una nueva disciplina de la psicología aplicada. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (Primera ed., pp. 19-34). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Ruíz, A. M. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society*, 21(01), 25-43.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. doi:10.1111/1540-4560.00282
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Capara, M. G. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive aging. In R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Geropsychology: European perspectives for an aging world* (pp. 197-221). Cambridge, MA: Hogrefe and Huber.
- Ferrando, P., Chico Librán, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo life orientation test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Ferreira, V. M., & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Ageing & Mental Health*, 11(1), 89-99. doi:10.1080/13607860600736166
- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., & Hallberg, I. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: Findings from the european study on adult well-being. *European Journal of Ageing*, 1(1), 15-25.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Finch, J. F., & Graziano, W. G. (2001). Predicting depression from temperament, personality, and patterns of social relations. *Journal of Personality*, 69(1), 27-55. doi:10.1111/1467-6494.00135
- Fingerman, K. L., Pitzer, L., Lefkowitz, E. S., Birditt, K. S., & Mroczek, D. (2008). Ambivalent relationship qualities between adults and their parents: Implications for the well-being of both parties. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P362-P371.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P25-P32.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), P322-P330.
- Fisher, B. J. (1992). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *Journal of Aging Studies*, 6(2), 191-202. doi:10.1016/0890-4065(92)90012-U
- Fishman, I., Ng, R., & Bellugi, U. (2011). Do extraverts process social stimuli differently from introverts? *Cognitive Neuroscience*, 2(2), 67-73. doi:10.1080/17588928.2010.527434
- Fiske, A. P. (1992). The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations. *Psychological Review*, 99(4), 689-723. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.99.4.689>
- Fleeson, W., Malanos, A. B., & Achille, N. M. (2002). An intraindividual process approach to the relationship between extraversion and positive affect: Is acting extraverted as "good" as being extraverted? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), 1409-1422. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.6.1409>
- Fogelholm, M., Valve, R., Absetz, P., Heinonen, H., Uutela, A., Patja, K., . . . Talja, M. (2006). Rural-urban differences in health and health behaviour: A baseline description of a community health-promotion programme for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 34, 632-640.

- Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & van der Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: The healthy ageing phenotype. *Maturitas*, 63(1), 13-19. doi:10.1016/j.maturitas.2009.02.006
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662. doi:10.1037/0022-3514.82.4.642
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543. doi:10.1037/0882-7974.13.4.531
- Friedman, E. M., Hayney, M., Love, G. D., Singer, B. H., & Ryff, C. D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26(3), 305-313. doi:10.1037/0278-6133.26.3.305
- Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, C. A. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78(1), 179-216. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00613.x
- Fry, P. S. (2001). The unique contribution of key existential factors to the prediction of psychological well-being of older adults following spousal loss. *The Gerontologist*, 41(1), 69-81.
- Fry, P. S. (1992). Major social theories of aging and their implications for counseling concepts and practice: A critical review. *Counseling Psychologist*, 20(2), 246.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 158-164. doi:10.1037/0022-3514.88.1.158
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B., & Antonucci, T. C. (2008). Resilience in old age: Social relations as a protective factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181-193. doi:10.1080/15427600802274043
- Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Theories of aging from a life-course and life-span perspective: An overview [Abstract]. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 29(1) 3-25.
- Gallo, L. C. (2009). The reserve capacity model as a framework for understanding psychosocial factors in health disparities. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1(1), 62-72. doi:10.1111/j.1758-0854.2008.01000.x
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51. doi:10.1037/0033-2909.129.1.10
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 540-552. doi:10.1093/geronb/gbs093
- Ganong, L. H., Coleman, M., & Rothrauff, T. (2009). Patterns of assistance between adult children and their older parents: Resources, responsibilities, and remarriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 161-178. doi:10.1177/0265407509106706
- Garfein, A. J., & Herzog, A. R. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50B(2), S77-S87. doi:10.1093/geronb/50B.2.S77
- Gatz, M., & Zarit, S. H. (1999). A good old age: Paradox or possibility. *Handbook of Theories of Aging*, , 396-416.
- Gaymu, J., & Springer, S. (2010). Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: A gender and cross-country analysis. *Ageing and Society*, 30(7), 1153-1175. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000231>
- Gázquez Linares, J. J., Rubio Herrera, R., Fuentes, María del Carmen Pérez, & Ación, F. L. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 8(1), 117-126.
- Geers, A. L., Reilley, S. P., & Dember, W. N. (1998). Optimism, pessimism, and friendship. *Current Psychology*, 17(1), 3-19.

- Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing International*, 27(1), 3-23.
- Gerstorf, D., Ram, N., Estabrook, R., Schupp, J., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2008). Life satisfaction shows terminal decline in old age: Longitudinal evidence from the German socio-economic panel study (SOEP). *Developmental Psychology*, 44(4), 1148-1159. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.1148>
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477-485. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0017543>
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 483-490. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.014>
- Giltay, E. J., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 45-52. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.027>
- Glaser, K., Tomassini, C., & Stuchbury, R. (2008). Differences over time in the relationship between partnership disruptions and support in early old age in Britain. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), S359-S368.
- Gleicher, Y., Croxford, R., Hochman, J., & Hawker, G. (2011). A prospective study of mental health care for comorbid depressed mood in older adults with painful osteoarthritis. *BMC Psychiatry*, 11 doi:10.1186/1471-244X-11-147
- Godoy-Izquierdo, D., Lara Moreno, R., Vázquez Pérez, M. L., Araque Serrano, F., & Godoy García, J. F. (2013). Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-institutionalised adults. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 389-414. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-012-9335-5>
- Golden, J., Conroy, R. M., & Lawlor, B. A. (2009). Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 280-290. doi:10.1080/13548500902730135
- Gomez, V., Allemand, M., & Grob, A. (2012). Neuroticism, extraversion, goals, and subjective well-being: Exploring the relations in young, middle-aged, and older adults. *Journal of Research in Personality*, 46(3), 317-325. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2012.03.001>
- Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 345-354. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.014>
- González-Abraldes, I., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: An exploratory study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 91-95.
- González Herero, V., & Extremera, N. (2010). Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 124-129. doi:10.1016/j.paid.2010.03.019
- Gouda, K., & Okamoto, R. (2012). Current status of and factors associated with social isolation in the elderly living in a rapidly aging housing estate community. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17(6), 500-511. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s12199-012-0282-x>
- Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 103-115. doi:<http://dx.doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

- Greve, W., & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potential for successful aging. In Cicchetti D., Cohen D. J. (Ed.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 796-840) Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Gruenewald, T. L., Mroczek, D. K., Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Diverse pathways to positive and negative affect in adulthood and later life: An integrative approach using recursive partitioning. *Developmental Psychology, 44*(2), 330.
- Guo, M., Aranda, M. P., & Silverstein, M. (2009). The impact of out-migration on the inter-generational support and psychological wellbeing of older adults in rural China. *Ageing and Society, 29*(7), 1085-1104. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X0900871X>
- Guralnik, J. M., & Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health, 79*(6), 703-708.
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research, 97*(3), 397-417. doi:10.1007/s11205-009-9508-8
- Han, C., & Hong, S. (2011; 2011). Assets and life satisfaction patterns among Korean older adults: Latent class analysis. *Social Indicators Research, 100*(2), 225-225-240.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum, 40*(2) 45-57.
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *The Journal of Psychology, 135*(4), 439-50.
- Hatfield, J. P., Hirsch, J. K., & Lyness, J. M. (2013). Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: Does type of social relationship matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(2), 190-198. doi:10.1002/gps.3808
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbitts & W. Donohue (Eds.), *Process of aging: Social and psychological perspectives, volumen 1* (pp. 299-320). New York: Transaction Publishers.
- Hayes, A. F. (2014). <http://www.afhayes.com>. Retrieved 01.11., 2011, recuperado de <http://www.afhayes.com>
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. *Manuscript Submitted for Publication*,
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs, 76*(4), 408-420. doi:10.1080/03637750903310360
- Headey, B. (2010). The set point theory of well-being has serious flaws: On the eve of a scientific revolution? *Social Indicators Research, 97*(1), 7-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9559-x>
- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences, 359*(1449), 1435-1446. doi:10.1098/rstb.2004.1522
- Helton, W., Dember, W., Warm, J., & Matthews, G. (1999). Optimism, pessimism, and false failure feedback: Effects on vigilance performance. *Current Psychology, 18*(4), 311-325. doi:10.1007/s12144-999-1006-2
- Heo, J., & Lee, Y. (2010). Serious leisure, health perception, dispositional optimism, and life satisfaction among senior games participants. *Educational Gerontology, 36*(2), 112-126. doi:10.1080/03601270903058523
- Herzberg, P. Y., Glaesmer, H., & Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the revised life orientation test (LOT-R). *Psychological Assessment, 18*(4), 433.
- Herzog, A. R., & House, J. S. (1991). Productive activities and aging well. *Generations: Journal of the American Society on Aging, 15*(1), 49-54.

- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging, 13*(2), 179-185. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.13.2.179>
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration, 37*(3), 239-252. doi:10.1111/1467-9515.00336
- Hill, P. L., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Roberts, B. W. (2012). Examining concurrent and longitudinal relations between personality traits and social well-being in adulthood. *Social Psychological and Personality Science, 3*(6), 698-705. doi:10.1177/1948550611433888
- Hill, R. D. (2011). A positive aging framework for guiding geropsychology interventions. *Behavior Therapy, 42*(1), 66-77. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.006>
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion–extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences, 30*(4), 595-608. doi:10.1016/S0191-8869(00)00058-1
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational & Organizational Psychology, 84*(1), 116-122. doi:10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology, 6*(4), 307-324. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513-524. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 632-643. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.632>
- Hobfoll, S. E., & Wells, J. D. (1998). Conservation of resources, stress, and aging: Why do some slide and some spring? (pp. 121-134). New York, NY, US: Plenum Press.
- Hochschild, A. R. (1975). Disengagement theory: A critique and proposal. *American Sociological Review, 40*(5), 553-569.
- Hofer, J., Busch, H., & Kiessling, F. (2008). Individual pathways to life satisfaction: The significance of traits and motives. *Journal of Happiness Studies, 9*(4), 503-520. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-007-9086-x>
- Hooker, K., Monahan, D. J., Bowman, S. R., Frazier, L. D., & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53B*(2), P73-P85. doi:10.1093/geronb/53B.2.P73
- Hotard, S. R., McFatter, R. M., McWhirter, R. M., & Stegall, M. E. (1989). Interactive effects of extraversion, neuroticism, and social relationships on subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(2), 321-331. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.2.321>
- Hoyer, W. L. (2002). Life-span development. In D. J. Ekerdt (Ed.), *Encyclopedia of aging*. New York: Macmillan.
- Hoyer, W. J., & Rybash, J. M. (1996). Life span theory. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 65-71). San Diego: Academic Press.
- Hsu, H. (2012). Trajectories and covariates of life satisfaction among older adults in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*(1), 210-216. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.08.011>
- Hsu, H. (2011). Impact of morbidity and life events on successful aging. *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health, 23*(4), 458-469. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1010539511412575>
- Hsu, H., & Jones, B. L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *Gerontologist, 52*(6), 843-856.

- Hsu, H., & Tung, H. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in taiwan. *Aging & Mental Health*, 14(7), 851-851-860. doi:10.1080/13607861003800997
- Huxhold, O., Fiori, K. L., & Windsor, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28(1), 3-16.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030170>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2012). *Informe 2010. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2009). *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Isaacowitz, D. M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality*, 39(2), 224-224-244.
doi:10.1016/j.jrp.2004.02.003
- Izquierdo Martínez, Á. (2006). Psicología del desarrollo de la edad adulta teorías y contextos. *Revista Complutense De Educación*, 16(2), 601-619.
- Jang, Y., Bergman, E., Schonfeld, L., & Molinari, V. (2006). Depressive symptoms among older residents in assisted living facilities. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63(4), 299-315.
- Jang, S., Choi, Y., & Kim, D. (2009). Association of socioeconomic status with successful ageing: Differences in the components of successful ageing. *Journal of Biosocial Science*, 41(2), 207-19. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0021932008003052>
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist*, 42(6), 807-813. doi:10.1093/geront/42.6.807
- Jareño, M. I. G., del Paso, Gustavo Adolfo Reyes, Martínez-Correa, A., & León, A. G. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Jensen-Campbell, L. A., & Graziano, W. G. (2000). Beyond the school yard: Relationships as moderators of daily interpersonal conflict. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(8), 923-935. doi:10.1177/01461672002610003
- Jiménez Ambriz, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2012). Psychological and social factors that promote positive adaptation to stress and adversity in the adult life cycle. *Journal of Happiness Studies*, 13(5), 833-848. doi:10.1007/s10902-011-9294-2
- Johnson, C. L., & Barer, B. M. (1992). Patterns of engagement and disengagement among the oldest old. *Journal of Aging Studies*, 6(4), 351-364. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065\(92\)90017-Z](http://dx.doi.org/10.1016/0890-4065(92)90017-Z)
- Johnson, K. J., & Mutchler, J. E. (2014). The emergence of a positive gerontology: From disengagement to social involvement. *The Gerontologist*, 54(1), 93-100.
doi:10.1093/geront/gnt099
- Johnson, W., & Krueger, R. F. (2005). Higher perceived life control decreases genetic variance in physical health: Evidence from a national twin study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 165-173. doi:10.1037/0022-3514.88.1.165
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266-266-280.
doi:10.1037/0882-7974.21.2.266
- Jovanovic, V. (2011). Personality and subjective well-being: One neglected model of personality and two forgotten aspects of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 631-635. doi:10.1016/j.paid.2010.12.008
- Ju, H., Shin, J. W., Kim, C., Hyun, M., & Park, J. (2013). Mediation effect of meaning in life on the relationship between optimism and well-being in community elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 309-313.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.08.008>

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

- Junta de Andalucía. (2010). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Jylha, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 157-68.
- Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 863-876.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1359105306069084>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health, 16*(4), 438-451.
- Kahn, R. L. (2002). Guest editorial: On successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn". *The Gerontologist, 42*(6), 725-726.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-Span Development and Behavior, 3*, 253-268.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). Foundations of hedonic psychology: Scientific perspectives on enjoyment and suffering. *Russel Sage Foundation, New York*,
- Kalish, Y., & Robins, G. (2006). Psychological predispositions and network structure: The relationship between individual predispositions, structural holes and network closure. *Social Networks, 28*(1), 56-84. doi:10.1016/j.socnet.2005.04.004
- Kane, R. L. (2005). What's so good about aging? *Research in Human Development, 2*(3), 103-114. doi:10.1207/s15427617rhd0203_2
- Kang, S., Shaver, P. R., Sue, S., Min, K., & Jing, H. (2003). Culture-specific patterns in the prediction of life satisfaction: Roles of emotion, relationship quality, and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(12), 1596-1608.
doi:10.1177/0146167203255986
- Kanning, M., & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity, 5*(2), 79-87. doi:10.1007/s11556-008-0035-4
- Kapikiran, N. (2012). Positive and negative affectivity as mediator and moderator of the relationship between optimism and life satisfaction in Turkish university students. *Social Indicators Research, 106*(2), 333-345. doi:10.1007/s11205-011-9807-8
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences, 40*(6), 1281-1290.
doi:10.1016/j.paid.2005.10.019
- Karatas, K., & Duyan, V. (2008). Difficulties that elderly people encounter and their life satisfaction. *Social Behavior and Personality, 36*(8), 1073-1083.
- Katz, J. N., Chang, L. C., Sangha, O., Fossel, A. H., & Bates, D. W. (1996). Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Medical Care, 34*(1), 73-84.
- Katz, S. (2001). Growing older without aging? Positive aging, anti-ageism, and anti-aging. *Generations, 25*(4), 27-32.
- Katz, R. (2009). Intergenerational family relations and subjective well-being in old age: A cross-national study. *European Journal of Ageing, 6*(2), 79-90.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10433-009-0113-0>
- Keister, K. J., & Blixen, C. E. (1998). Quality of life and aging. *Journal of Gerontological Nursing, 24*(5), 22-28.
- Keister, K. J., & Blixen, C. E. (1998). Quality of life and aging. *Journal of Gerontological Nursing, 24*(5), 22-28.
- Keith, P. (2003). Resources, family ties, and well-being of never-married men and women. *Journal of Gerontological Social Work, 42*(2), 51-75.
- Kennedy, D. K., & Hughes, B. M. (2004). The optimism-neuroticism question: An evaluation based on cardiovascular reactivity in female college students. *The Psychological Record, 54*(3), 373-386.

- Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 500-510. doi:10.1037/a0016848
- Keyes, C. L., Michalec, B., Kobau, R., Zahran, H., Zack, M. M., & Simoes, E. J. (2005). Social support and health-related quality of life among older adults Missouri, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(17), 433-437.
- Keyes, C. L. M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, 8(3), 266-274. doi:10.1080/13607860410001669804
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. doi:10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-121-140. doi:10.2307/2787065
- Kim, E. S., Park, N., Sun, J. K., Smith, J., & Peterson, C. (2014). Life satisfaction and frequency of doctor visits. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 86-93. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000024>
- Kim, S. -, & Sok, S. R. (2012). Relationships among the perceived health status, family support and life satisfaction of older korean adults. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 325-331.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 6(3), 261-300. doi:10.1007/s10902-005-7226-8
- Kitamura, T., Kijima, N., Watanabe, K., Takezaki, Y., & Tanaka, E. (1999). Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(6), 649-654.
- Kivnick, H. Q., & Wells, C. K. (2014). Untapped richness in Erikson's rootstock. *The Gerontologist*, 54(1), 40-50. doi:10.1093/geront/gnt123
- Kolanowski, A. M., & Richards, K. C. (2002). Introverts and extraverts: Leisure activity behavior in persons with dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 26(4), 1-16. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J016v26n04_01
- Kostka, T., & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of Life Research*, 19(3), 351-361. doi:10.1007/s11136-010-9601-0
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *Gerontologist*, 44(5), 615-623.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456-469. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.456>
- Krause, N. (2006). Social relationships in late life. In R. H. Binstock, L.K. George, S. J. Cutler, J Hendricks, & J.H. Schulz (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences (sixth edition)* (pp. 181-200). Burlington: Academic Press. doi:10.1016/B978-012088388-2/50014-6
- Krause, N., Liang, J., & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distress in later life. *Psychology and Aging*, 5(3), 315-326. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.5.3.315>
- Kreager, P. (2006). Migration, social structure and old-age support networks: A comparison of three Indonesian communities. *Ageing and Society*, 26(0144686X), 37-60.
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 910-916.

- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the berlin aging study. *Psychology and Aging, 15*(3), 511-526. doi:10.1037/0882-7974.15.3.511
- Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control: A double-edged sword in old age. *The Journals of Gerontology, 57B*(6), P484-91.
- Lacruz, M., Emeny, R., Baumert, J., & Ladwig, K. (2011). Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: Results from the MONICA/KORA augsburg S3 Survey Cohort Study. *BMC Public Health, 11*(1), 579.
- Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F., & Fincham, F. D. (2013). To belong is to matter: Sense of belonging enhances meaning in life. *Personality and Social Psychology Bulletin, 39*(11), 1418-1427. doi:10.1177/0146167213499186
- Lang, F. R., Rieckmann, N., & Baltes, M. M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(6), P501-P509. doi:10.1093/geronb/57.6.P501
- Lang, F. R., Staudinger, U. M., & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socioemotional selectivity in late life: How personality and social context do (and do not) make a difference. *The Journals of Gerontology, 53B*(1), P21-9.
- Lash, T. L., Fox, M. P., & Fink, A. K. (2011). *Applying quantitative bias analysis to epidemiologic data* Springer.
- Laukka, P. (2007). Uses of music and psychological well-being among the elderly. *Journal of Happiness Studies, 8*(2), 215-241. doi:10.1007/s10902-006-9024-3
- Lavy, S., & Littman-Ovadia, H. (2011). All you need is love? Strengths mediate the negative associations between attachment orientations and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 50*(7), 1050-1055. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.023>
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist, 23*(4), 349-357.
- Lee, G. R., & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging, 9*(4), 459-482. doi:10.1177/0164027587094001
- Lee, G. R., & Shehan, C. L. (1989). Social relations and the self-esteem of older persons. *Research on Aging, 11*(4), 427-442. doi:10.1177/0164027589114002
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology, 27*(4), 511-523.
- Leung, B. W., Moneta, G. B., & McBride-Chang, C. (2005). Think positively and feel positively: Optimism and life satisfaction in late life. *The International Journal of Aging and Human Development, 61*(4), 335-365.
- Lewis, G. J., Bates, T. C., Posthuma, D., & Polderman, T. J. C. (2013). Core dimensions of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of depression and anxiety. *Journal of Personality*. doi:10.1111/jopy.12064
- Lezwijn, J., Vaandrager, L., Naaldenberg, J., Wagemakers, A., Koelen, M., & Van Woerkum, C. (2011). Healthy ageing in a salutogenic way: Building the HP 2.0 framework. *Health & Social Care in the Community, 19*(1), 43-51. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00947.x
- Liang, J., & Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies, 26*(3), 327-334. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.001>
- Lincoln, K. D., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (2003). Correlates of emotional support and negative interaction among older Black Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58*(4), S225-S233. doi:10.1093/geronb/58.4.S225
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters? *Ageing & Society, 26*(02), 225. doi:10.1017/S0144686X05004538

- Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2013). Social networks and subjective wellbeing among older europeans: Does age make a difference? *Ageing and Society*, 33(7), 1263-1281.
- Litwin, H. (2010). Social networks and well-being: A comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(5), 599-608. doi:10.1093/geronb/gbp104
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), 516-524. doi:10.1093/geront/41.4.516
- Lizarraga Armentia, V., Artetxe Uribarri, I., & Pousa Mimbbrero, N. (2008). Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 43(4), 229-234. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71187-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71187-9)
- Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., & Costa, P. T., Jr. (2009). Five-factor model personality traits and the retirement transition: Longitudinal and cross-sectional associations. *Psychology and Aging*, 24(3), 722-728. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0015121>
- Lodi-Smith, J., & Roberts, B. W. (2012). Concurrent and prospective relationships between social engagement and personality traits in older adulthood. *Psychology and Aging*, 27(3), 720-727. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027044>
- Long, M. V., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), P311-P319. doi:10.1093/geronb/55.5.P311
- Longino, C. F., Jr., & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713-722.
- López Doblas, J., & Díaz Conde, M. P. (2007). Aspectos sociológicos del envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, 73, consultado el 10.10.2011
- Lou, V. (2010). Life satisfaction of older adults in hong kong: The role of social support from grandchildren. *Social Indicators Research*, 95(3), 377-377-391. doi:10.1007/s11205-009-9526-6
- Lowenstein, A., & Katz, R. (2005). Living arrangements, family solidarity and life satisfaction of two generations of immigrants in israel. *Ageing & Society*, 25(5), 749-749-767. doi:10.1017/S0144686X04002892
- Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135(3), 351-357.
- Lucas, R. E., & Gohm, C. (2000). Age and sex differences in subjective well-being across cultures. In E. Diener, & E. M. Suh (Eds.), *Subjective well-being across nations and cultures* (pp. 291-317). Cambridge, MA: MIT Press.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.527>
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2001). Understanding extraverts' enjoyment of social situations: The importance of pleasantness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 343-356. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.343>
- Lucas, R. E., Diener, E., Grob, A., Suh, E. M., & Shao, L. (2000). Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 452-468. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.452>
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628. doi:10.1037/0022-3514.71.3.616
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2007). How stable is happiness? Using the STARTS model to estimate the stability of life satisfaction. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1091-1098. doi:10.1016/j.jrp.2006.11.005

- Lucas, R. E., & Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1039-1056. doi:10.1037/0022-3514.79.6.1039
- Lucas, R. E., Le, K., & Dyrenforth, P. S. (2008). Explaining the extraversion/positive affect relation: Sociability cannot account for extraverts' greater happiness. *Journal of Personality*, 76(3), 385-385-414.
- Luft, L. (2005). *Pérdidas y ganancias*. Madrid: Aguilar.
- Luger, T., Cotter, K. A., & Sherman, A. M. (2009). It's all in how you view it: Pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 13(5), 635-647. doi:10.1080/13607860802534633
- Lupien, S. J., & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1413-1426. doi:10.1098/rstb.2004.1516
- Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Georgia, K., & Dimoliatis, I. D. K. (2010). A translation and validation study of the life orientation test revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in athens and ioannina. *Social Indicators Research*, 95(1), 129-129-142. doi:10.1007/s11205-009-9453-6
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128. doi:10.1207/s15327906mbr3901_4
- Magee, C. A., Miller, L. M., & Heaven, P. C. L. (2013). Personality trait change and life satisfaction in adults: The roles of age and hedonic balance. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 694-698. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.022>
- Maiden, R., Peterson, S., Caya, M., & Hayslip, B. (2003). Personality changes in the Oldest Old: A longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 10(1), 31-39. doi:10.1023/A:1020786719959
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging*, 21(3), 600-610. doi:10.1037/0882-7974.21.3.600
- Manga, D., Ramos, F., & Morán, C. (2004). The Spanish norms of the NEO five-factor inventory: New data and analyses for its improvement. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 639-648.
- Mannell, R. C., & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 59-64). San Diego: Academic Press.
- Marquez-Gonzalez, M., Losada Baltar, A., Penacoba Puente, C., & Romero-Moreno, R. (2009). El optimismo como factor moderador de la relacion entre el estres y la depresion de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Revista Espanola De Geriatria y Gerontologia*, 44(5), 251-5.
- Marrero, R., J., & Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1), 39-46.
- Marshall, V. W. (1996). Theories of aging: Social. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 569-572). San Diego: Academic Press.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K., & Vickers, R. R., Jr. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 1067-1074. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1067>
- Marsiske, M., Lang, F. B., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development.

- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *International Journal of Aging and Human Development*, 66(2), 97-114.
- Martin, P. (2002). Individual and social resources predicting well-being and functioning in the later years: Conceptual models, research and practice. *Ageing International*, 27(2), 3-29. doi:10.1007/s12126-002-1000-6
- Martin, P., & Martin, M. (2002). Proximal and distal influences on development: The model of developmental adaptation. *Developmental Review*, 22(1), 78-96. doi:10.1006/drev.2001.0538
- Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Rojo, J., & Ayala, A. (2012). Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *European Journal of Ageing*, 9(3), 255-263.
- Masoro, E. J. (2001). Successful aging—Useful or misleading concept. *The Gerontologist*, 41(3), 415-418. doi:10.1093/geront/41.3.411
- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological Methods*, 12(1), 23-44. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.23>
- Maxwell, S. E., Cole, D. A., & Mitchell, M. A. (2011). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation: Partial and complete mediation under an autoregressive model. *Multivariate Behavioral Research*, 46(5), 816-841. doi:10.1080/00273171.2011.606716
- McCarthy, V., Lander. (2011). A new look at successful aging: Exploring a mid-range nursing theory among older adults in a low-income retirement community. *Journal of Theory Construction & Testing*, 15(1), 17-23.
- McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO five-factor inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1
- McNulty, J. K. (2008). Neuroticism and interpersonal negativity: The independent contributions of perceptions and behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(11), 1439-1450. doi:10.1177/0146167208322558
- McReynolds, J. L., & Rossen, E. K. (2004). Importance of physical activity, nutrition, and social support for optimal aging. *Clinical Nurse Specialist*, 18(4), 200-206.
- Mehrabian, A., & Ljunggren, E. (1997). Dimensionality and content of optimism-pessimism analyzed in terms of the pad temperament model. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 729-737. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00119-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00119-0)
- Mejía, S. T., & Hooker, K. (2013). Relationship processes within the social convoy: Structure, function, and social goals. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, doi:10.1093/geronb/gbt011
- Meléndez, J. C., Tomás Miguel, J. M., & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 43(2), 90-95.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín De Psicología*, (95), 29-42.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.02.008>
- Merz, E., Schuengel, C., & Schulze, H. (2009). Intergenerational relations across 4 years: Well-being is affected by quality, not by support exchange. *The Gerontologist*, 49(4), 536-548. doi:10.1093/geront/gnp043
- Michael, Y. L., Green, M. K., & Farquhar, S. A. (2006). Neighborhood design and active aging. *Health & Place*, 12(4), 734-740. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.08.002>

- Miche, M., Huxhold, O., & Stevens, N. L. (2013). A latent class analysis of friendship network types and their predictors in the second half of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 644-652. doi:10.1093/geronb/gbt041
- Milam, J. E., Richardson, J. L., Marks, G., Kemper, C. A., & Mccutchan, A. J. (2004). The roles of dispositional optimism and pessimism in HIV disease progression. *Psychology & Health*, 19(2), 167-181.
- Millan-Calenti, J. C., Sanchez, A., Lorenzo-Lopez, L., Cao, R., & Maseda, A. (2013). Influence of social support on older adults with cognitive impairment, depressive symptoms, or both coexisting. *International Journal of Aging & Human Development*, 76(3), 199-214. doi:10.2190/AG.76.3.b
- Minton, M. E., Hertzog, M., Barron, C. R., French, J. A., & Reiter-Palmon, R. (2009). The first anniversary: Stress, well-being, and optimism in older widows. *Western Journal of Nursing Research*, 31(8), 1035-1056. doi:10.1177/0193945909339497
- Molina Sena, C., & Meléndez Moral, J. C. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 42(5), 276-284. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73563-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73563-1)
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2010). Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), e115-e119. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.02.013>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2006). Older adults' coping with negative life events: Common processes of managing health, interpersonal, and Financial/Work stressors. *International Journal of Aging and Human Development*, 62(1), 39-59.
- Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J., & Bosse, R. (1993). Construct-validation of optimism and pessimism in older men - findings from the normative aging study. *Health Psychology*, 12(5), 406-409. doi:10.1037//0278-6133.12.5.406
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349. doi:10.1037/0022-3514.75.5.1333
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 189-202. doi:10.1037/0022-3514.88.1.189
- Muraco, A., & Fredriksen-Goldsen, K. (2011). "That's what friends do": Informal caregiving for chronically ill midlife and older lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(8), 1073-1092. doi:10.1177/0265407511402419
- Murray, G., Judd, F., Jackson, H., Fraser, C., Komiti, A., Pattison, P., . . . Robins, G. (2007). Ceremonies of the whole: Does social participation moderate the mood consequences of neuroticism? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 173-180.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19.
- Naciones Unidas (2007). *Research agenda on Ageing for the 21st Century 2007 update*. Consultado el 15.09.2011.
- Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2013). *World population ageing 2013*. United Nations publication. Consultado el 21.10.2013.
- Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2007). *World population ageing 2007*. Consultado el 15.09.2011.
- Nadeau, J. H., & Topol, E. J. (2006). The genetics of health. *Nature Genetics*, 38(10), 1095-1098.
- Navarro, A. B., & Bueno, B. (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 40(1), 34-43. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74820-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74820-4)
- Navarro, E., Meléndez, J. C., & Tomas, J. M. (2008). Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género. *Revista Multidisciplinar De Gerontología*, 18(1), 19-25.

- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*,
- Ng, T. P., MD, Broekman, B. F. P., MD, Niti, M., Gwee, X., & Kua, E. H., FRCPsy. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in singapore. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 407-16.
- Ní Mhaoláin, A. M., Gallagher, D., O Connell, H., Chin, A. V., Bruce, I., Hamilton, F., . . . Lawlor, B. A. (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 24(2), 316-23.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211001360>
- Nimrod, G., & Kleiber, D. A. (2007). Reconsidering change and continuity in later life: Toward an innovation theory of successful aging. *The International Journal of Aging & Human Development*, 65(1), 1-22. doi:<http://dx.doi.org/10.2190/Q4G5-7176-51Q2-3754>
- Norem, J. K., & Chang, E. C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 993-1001. doi:10.1002/jclp.10094
- O'Rourke, N., Claxton, A., Chou, P. H. B., Smith, J. Z., & Hadjistavropoulos, T. (2011). Personality trait levels within older couples and between-spouse trait differences as predictors of marital satisfaction. *Aging & Mental Health*, 15(3), 344-353.
doi:10.1080/13607863.2010.519324
- O'Connor, R. C., & Cassidy, C. (2007). Predicting hopelessness: The interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. *Cognition & Emotion*, 21(3), 596-613. doi:10.1080/02699930600813422
- Oerlemans, W. G. M., Bakker, A. B., & Veenhoven, R. (2011). Finding the key to happy aging: A day reconstruction study of happiness. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(6), 665-674. doi:10.1093/geronb/gbr040
- Okun, M. A., Pugliese, J., & Rook, K. S. (2007). Unpacking the relation between extraversion and volunteering in later life: The role of social capital. *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1467-1477. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.020>
- Oldehinkel, A. J., van den Berg, M. D., Bouhuys, A. L., & Ormel, J. (2003). Do depressive episodes lead to accumulation of vulnerability in the elderly? *Depression and Anxiety*, 18(2), 67-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.10116>
- Onera, J. D., & Stickle, F. (2008). Healthy aging in later life. *The Family Journal*, 16(1), 73-77. doi:10.1177/1066480707309610
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777-1804. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 21.10.2013
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa envejecimiento y ciclo vital. envejecimiento activo: Un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(2), 74.105.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Active ageing: A policy framework., Consultado el 2.10.2011.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Política social para el siglo XXI – salud para todos., Consultado el 25.09.2011.
- O'Rourke, N. (2004). Cognitive adaptation and women's adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Women & Aging*, 16(1), 87-104.
- Otero, A., Zunzunegui, M., Béland, F., Rodríguez Laso, A., & Garcia de Yebenes, M. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable [social relations and healthy ageing. working paper 9] Fundación BBVA.
- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, Á., Aguilar, M. D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública*, 78(2), 201-213.
- Otero-López, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. A., & Castro, C. (1998). Optimismo y salud: Una relación a explorar. In J. M. Otero-López, A. Luengo, E. Romero, J. A. Gómez

- & C. Castro (Eds.), *Psicología de la personalidad: Manual de prácticas* (pp. 219-242). Barcelona: Editorial Ariel, SA.
- Otonari, J., Nagano, J., Morita, M., Budhathoki, S., Tashiro, N., Toyomura, K., . . . Takayanagi, R. (2012). Neuroticism and extraversion personality traits, health behaviours, and subjective well-being: The Fukuoka Study (Japan). *Quality of Life Research, 21*(10), 1847-1855. doi:10.1007/s11136-011-0098-y
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology, 57*(1), 401-421. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Pachana, N. A., Smith, N., Watson, M., McLaughlin, D., & Dobson, A. (2008). Responsiveness of the duke social support sub-scales in older women. *Age and Ageing, 37*(6), 666-672. doi:10.1093/ageing/afn205
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist, 19*(5 Part 1), 427-431.
- Palmore, E. R. (2006). Successful aging. In R. Schulz (Ed.), *Encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 1154-1155). New York: Springer Pub. Co.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2007). Disability and psychosocial outcomes in old age. *Journal of Aging and Health, 19*(5), 723-741. doi:10.1177/0898264307304301
- Paul, C., Teixeira, L., Azevedo, M., & Ribeiro, O. (2011). Pessimism and self perception of health in Portuguese old people. *International Psychogeriatrics, 23*, S279-S279.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 28*(1), 1-20. doi:10.1007/BF01086714
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57*(1), 149-161. doi:10.1207/s15327752jpa5701_17
- Peel, N., Bartlett, H., & McClure, R. (2004). Healthy ageing: How is it defined and measured? *Australasian Journal on Ageing, 23*(3), 115-119.
- Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(3), 298-304. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>
- Perzynski, A. T. (2006). Disengagement theory. In R. Schulz (Ed.), *Encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 321-322). New York: Springer Pub. Co.
- Peterson, C., & Steen, T. A. (2002). Optimistic explanatory style. In C. R. Snyder, & Lopez, Shane L. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 244-256). New York: Oxford University Press.
- Pethtel, O., & Chen, Y. (2010). Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychology and Aging, 25*(3), 725-729. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0018511>
- Phelan, E. A., & Larson, E. B. (2002). "Successful aging"—where next? *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(7), 1306-1308.
- Piazza, J. R., Charles, S. T., & Almeida, D. M. (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(6), P313-P321.
- Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. In C. Triadó, & F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (1st ed., pp. 253-285). Madrid: Alianza Editorial.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*(2), 187-224. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Pollet, T. V., Roberts, S. G. B., & Dunbar, R. I. M. (2011). Extraverts have larger social network layers: But do not feel emotionally closer to individuals at any layer. *Journal of Individual Differences, 32*(3), 161-169. doi:10.1027/1614-0001/a000048

- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Satisfaction with life scale: Analysis of factorial invariance for adolescents and elderly persons. - *Perceptual and Motor Skills*, 91(1), 62-68. doi:10.2466/pms.2000.91.1.62
- Poon, L., Martin, P., Bishop, A., Cho, J., da Rosa, G., Deshpande, N., . . . Miller, L. (2010). *Current Gerontology and Geriatrics Research*, doi:10.1155/2010/680657
- Poulin, J., Deng, R., Ingersoll, T. S., Witt, H., & Swain, M. (2012). Perceived family and friend support and the psychological well-being of american and chinese elderly persons. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(4), 305-317. doi:- 10.1007/s10823-012-9177-y
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. doi:- 10.1080/15325020902724271
- Preacher, K., & Hayes, A. (2008). *Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models* Springer New York. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Prieto-Flores, M. E., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Lardies-Bosque, R., Rodriguez-Rodriguez, V., Ahmed-Mohamed, K., & Rojo-Abuin, J. M. (2008). Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. *Revista Espanola De Salud Publica*, 82(3), 301-313. doi:10.1590/S1135-57272008000300006
- Quine, S., Morrell, S., & Kendig, H. (2008). Outlooks for the future in independently living older Australians. *Aging & Mental Health*, 12(3), 400-409.
- Ranzijn, R. (2010). Active ageing - another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 716-716-723.
- Rauch, W. A., Schweizer, K., & Moosbrugger, H. (2007). Method effects due to social desirability as a parsimonious explanation of the deviation from unidimensionality in LOT-R scores. *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1597-1607.
- Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117-129. doi:10.1177/0265407506060182
- Reitzes, D. C., Mutran, E. J., & Verrill, L. A. (1995). Activities and self-esteem: Continuing the development of activity theory. *Research on Aging*, 17(3), 260-277. doi:10.1177/0164027595173002
- Requena Hernández, C., López Fernández, V., & Ortiz Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 37(2)
- Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina De Familia*, 6, 10-18.
- Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>
- Rius-Ottenheim, N., Kromhout, D., Van Der Mast, R. C., Zitman, F. G., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2012). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 151-159.
- Robb, C., Small, B., & Haley, W. (2008). Gender differences in coping with functional disability in older married couples: The role of personality and social resources. *Aging and Mental Health*, 12(4), 423-433. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13607860802224326>
- Roberts, S. G. B., Wilson, R., Fedurek, P., & Dunbar, R. I. M. (2008). Individual differences and personal social network size and structure. *Personality and Individual Differences*, 44(4), 954-964. doi:10.1016/j.paid.2007.10.033

- Rodríguez-Laso, A., Zunzunegui, M. V., & Otero, A. (2007). The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European Community: A cohort study. *BMC Geriatrics*, 7
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 40, Supplement 2(0), 5-15.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75068-X)
- Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Mohamed, K. A., Lardies-Bosque, R., Prieto-Flores, M., & Rojo-Abuín, J. M. (2011). Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Revista Internacional de Sociología*, 69(1), 195-227.
- Rojo-Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Rodriguez-Rodriguez, V., Forjaz, M., Rodriguez-Blazquez, C., Prieto-Flores, M., . . . Martinez-Martin, P. (2012). The personal wellbeing among community-dwelling older adults in Spain and associated factors. *Journal of Social Research & Policy*, 3(2), 67-94.
- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: A twelve-year study of manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81(1), 63-68.
- Rosow, I. (1963). Adjustment of the normal aged. *Processes of Aging*, 2, 195-223.
- Rossi, N. E., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2007). The role of dispositional resilience in regaining life satisfaction after the loss of a spouse. *Death Studies*, 31(10), 863-883.
doi:10.1080/07481180701603246
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science (New York, N.Y.)*, 237(4811), 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
doi:10.1093/geront/37.4.433
- Rubio Herrera, R., Cerquera Córdoba, A. M., Muñoz Mejía, R., & Pinzón Benavides, E. A. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 307-319.
- Rubio Herrera, R. (2004). La vejez con éxito, competente y otros modelos. In N. Yuste Rossell, R. Rubio Herrera & M. Aleixandre Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontología* (Primera ed., pp. 235-254). Madrid: Pirámide.
- Rubio Herrera, R. (1996). Modelos, paradigmas y teorías. In N. Sáez Narro, R. Rubio Herrera & A. Dosil (Eds.), *Tratado de psicogerontología* (pp. 21-66). Valencia: Promolibro.
- Rubio-Herrera, R., Pinel, M., & Rubio-Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala ESTE*. Madrid: IMSERSO.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C.D., Singer, B.H., Love, G. D., & Essex, M.J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach* (1st ed., pp. 69-96). New York: Plenum Press.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35-55.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- Ryff, C., & Singer, B. (2009). Understanding healthy aging: Key components and their integration. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 117-144). Oxford: Oxford University Press.

- Schanowitz, J., & Nicassio, P. (2006). Predictors of positive psychosocial functioning of older adults in residential care facilities. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(2), 191-201. doi:10.1007/s10865-005-9034-3
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1024.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201-228. doi:10.1007/BF01173489
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: Another view on the "paradox". *Social Indicators Research, 75*(2), 241-271. doi:10.1007/s11205-004-5297-2
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid, & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97-123). New York: Guilford Press.
- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality, 70*(3), 345-384. doi:10.1111/1467-6494.05008
- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, R. M., & Funder, D. C. (2004). Personality and life satisfaction: A facet-level analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(8), 1062-1075. doi:10.1177/0146167204264292
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(4), 582-593. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.582>
- Schmidt, R. (1994). Healthy aging into the 21st century. *Contemporary Gerontology, 1*(1), 3-6.
- Schöllgen, I., Huxhold, O., Schüz, B., & Tesch-Römer, C. (2011). Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychology, 30*(3), 326-335.
- Schroots, J. J. F. (1996a). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist, 36*(6), 742-748. doi:10.1093/geront/36.6.742
- Schroots, J. J. F. (1996b). Theories of aging: Psychological. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged* (pp. 557-567). San Diego: Academic Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5
- Şener, A., Oztop, H., Doğan, N., & Guven, S. (2008). Family, close relatives, friends: Life satisfaction among older people. *Educational Gerontology, 34*(10), 890-906. doi:10.1080/03601270802129193
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital status and social well-being: Are the married always better off? *Social Indicators Research, 88*(2), 329-346.
- Sharpe, J. P., Martin, N. R., & Roth, K. A. (2011). Optimism and the big five factors of personality: Beyond neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences, 51*(8), 946-951. doi:10.1016/j.paid.2011.07.033
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist, 56*(3), 216-217. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Shen, B., McCreary, C. P., & Myers, H. F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 39-62. doi:10.1023/B:JOBM.0000013643.36767.22

- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. doi:10.1016/0277-9536(91)90150-B
- Sherman, A., Bell, R., Paskett, E., & Tatum, C. (2005). The role of optimism and social relations in women's depressive symptoms. , 45 418-418.
- Sherman, A. M., & Cotter, K. A. (2013). Well-being among older adults with OA: Direct and mediated patterns of control beliefs, optimism and pessimism. *Aging & Mental Health*, 17(5), 595-608. doi:10.1080/13607863.2013.765831
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445. doi:10.1037/1082-989X.7.4.422
- Siebert, D. C., Mutran, E. J., & Reitzes, D. C. (1999). Friendship and social support: The importance of role identity to aging adults. *Social Work*, 44(6), 522-533. doi:10.1093/sw/44.6.522
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too much of a good thing? intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 970-982.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Smillie, L. D. (2013). Extraversion and reward processing. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 167-172.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732. doi:10.1111/1540-4560.00286
- Smith, T. W., Pope, M. K., Rhodewalt, F., & Poulton, J. L. (1989). Optimism, neuroticism, coping, and symptom reports: An alternative interpretation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 640-648. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.4.640>
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development : JCD*, 73(3), 355.
- Sparks, M., Zehr, D., & Painter, B. (2004). Predictors of LIFE SATISFACTION: Perceptions of older community-dwelling adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(8), 47-53.
- Srivastava, S., McGonigal, K. M., Richards, J. M., Butler, E. A., & Gross, J. J. (2006). Optimism in close relationships: How seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(1), 143-153. doi:10.1037/0022-3514.91.1.143
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 565-592. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085615
- Staudinger, U. M., Marksise, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potential and limits of development across the life span. In D. Chicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology (vol 2: Risk, disorder and adaptation)* (pp. 801-847). New York: Wiley.
- Staudinger, U. M., Bluck, S., & Herzberg, P. Y. (2003). Looking back and looking ahead: Adult age differences in consistency of diachronous ratings of subjective well-being. *Psychology and Aging*, 18(1), 13-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.18.1.13>
- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M., & Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In P. B. Baltes K. U. Mayer (Ed.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. (pp. 302-328). New York: Cambridge University Press.
- Steca, P., Alessandri, G., & Caprara, G. V. (2010). The utility of a well-known personality typology in studying successful aging: Resilients, undercontrollers, and overcontrollers in old age. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 442-446. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.016>

- Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for beck hopelessness scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement, 61*(2), 303-316. doi:10.1177/00131640121971121
- Steed, L. G. (2002). A psychometric comparison of four measures of hope and optimism. *Educational and Psychological Measurement, 62*(3), 466-482.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 134*(1), 138-161. doi:10.1037/0033-2909.134.1.138
- Stefani, D., & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados.
- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet-level analysis. *Personality and Individual Differences, 47*(6), 637-641. doi:10.1016/j.paid.2009.05.025
- Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R., & Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology, 11*, 71-84. doi:10.1348/135910705X42850
- Stevens, N. L., & Van Tilburg, T. G. (2011). Cohort differences in having and retaining friends in personal networks in later life. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(1), 24-43. doi:10.1177/0265407510386191
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology, 144*(2), 135-141.
- Street, D., & Burge, S. W. (2012). Residential context, social relationships, and subjective well-being in assisted living. *Research on Aging, 34*(3), 365-394. doi:10.1177/0164027511423928
- Stuifbergen, M. C., van Delden, J.M., & Dykstra, P. A. (2008). The implications of today's family structures for support giving to older parents. *Ageing and Society, 28*(3), 413-434. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X07006666>
- Suárez, P. S., & Sanjuan, A. M. (2006). Estudio del efecto del optimismo disposicional en el bienestar físico y psicológico desde una perspectiva longitudinal. *Acción Psicológica, 4*(1), 47-55.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. C. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(2), 482-493. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.482>
- Sumi, K. (2006). Correlations between optimism and social relationships. *Psychological Reports, 99*(3), 938-940.
- Surkan, P. J., O'Donnell, E. M., Berkman, L. F., & Peterson, K. E. (2009). Social ties in relation to health status of low-income brazilian women. - *Journal of Women's Health, (12)*, 2049-2056. doi:- 10.1089/jwh.2008.1340
- Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B., & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences, 32*(5), 877-891. doi:10.1016/S0191-8869(01)00093-9
- Swift, A. U. A. A., Bailis, D. S., Chipperfield, J. G., Ruthig, J. C., & Newall, N. E. (2008). Gender differences in the adaptive influence of folk beliefs: A longitudinal study of life satisfaction in aging. *Canadian Journal of Behavioural Science, 40*(2), 104-112.
- Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *The Journals of Gerontology, 59B*(4), S238-46.
- Taylor, R. J., Chatters, L. M., Hardison, C. B., & Riley, A. (2001). Informal social support networks and subjective well-being among African Americans. *Journal of Black Psychology, 27*(4), 439-463. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0095798401027004004>
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*(1), 21-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.116.1.21>

- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- The Healthy Aging Research Network Writing Group. (2006). The prevention research centers healthy aging research network. *Prev Chronic Dis*, 3(1), Consultado el 20.10.2011.
- Thomas, L. E., & Chambers, K. O. (1989). Phenomenology of life satisfaction among elderly men: Quantitative and qualitative views. *Psychology and Aging*, 4(3), 284.
- Thomas, P. A. (2010). Is it better to give or to receive? social support and the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(3), 351-357. doi:10.1093/geronb/gbp113
- Tobin, S., S. (1995). Disengagement. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging: A comprehensive resource in gerontology and geriatrics* (2nd ed., pp. 284-284). New York: Springer.
- Tomás Miguel, J. M., Oliver Germes, A., Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., & Molina Sena, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 44(4), 180-185. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.004>
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2)
- Tomas, J. M., Meléndez, J. C., Oliver, A., Navarro, E., & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31(2), 383-400.
- Tomassini, C., Glaser, K., & Stuchbury, R. (2007). Family disruption and support in later life: A comparative study between the United Kingdom and Italy. *Journal of Social Issues*, 63(4), 845-863. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00540.x
- Tornstam, L. (2003). Gerotranscendence from young old age to old old age. *Online Publication from the Social Gerontology Group, Uppsala.*, Recuperado 1.04.2014.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. *Aging Clinical and Experimental Research*, 1(1), 55-63.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., & Celdrán, M. (2007). Construct validity of ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports*, 100(3), 1151-1164. doi:10.2466/pr0.100.4.1151-1164
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: Conceptos, teorías y método. In C. Triadó, & F. Villar (Eds.), *Psicología de la vejez* (pp. 450). Madrid: Alianza Editorial.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805-811. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.805>
- Tyler, K. A., & Hoyt, D. R. (2000). The effects of an acute stressor on depressive symptoms among older adults: The moderating effects of social support and age. *Research on Aging*, 22(2), 143-164. doi:10.1177/0164027500222003
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2013*. Consultado el 15.09.2014
- Vaillant, G. E. (2004). Positive aging. *Positive Psychology in Practice*, , 561-578.
- Vaillant, G. E., & Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *The American Journal of Psychiatry*,
- Van der Horst, M., & Coffé, H. (2012). How friendship network characteristics influence subjective well-being. *Social Indicators Research*, 107(3), 509-529. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9861-2>
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.

- Versey, H. S., Stewart, A., & Duncan, L. (2013). Successful aging in late midlife: The role of personality among college-educated women. *Journal of Adult Development, 20*(2), 63-75. doi:10.1007/s10804-013-9157-7
- Vickers, K. S., & Vogeltanz, N. D. (2000). Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Personality and Individual Differences, 28*(2), 259-272. doi:10.1016/S0191-8869(99)00095-1
- Villar Posada, F. (1997). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: Una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario De Psicología, 1997, Num.73, p.57-69,*
- Vollmann, M., Antoniw, K., Hartung, F., & Renner, B. (2011). Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: The importance of differentiating the recipients' and providers' perspective. *European Journal of Personality, 25*(2), 146-154. doi:10.1002/per.803
- Von Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., van Exel, E., Jacobijn, G., & et al. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine, 161*(22), 2694-700.
- VonDras, D. D., Pouliot, G. S., Malcore, S. A., & Iwahashi, S. (2008). Effects of culture and age on the perceived exchange of social support resources. *International Journal of Aging and Human Development, 67*(1), 63-100.
- Wadensten, B. (2005). Introducing older people to the theory of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing, 52*(4), 381-388. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03603.x
- Wahl, H., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist, 52*(3), 306-316. doi:10.1093/geront/gnr154
- Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? results of a longitudinal european study. *European Journal of Ageing, 7*(2), 59-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10433-010-0154-4>
- Wallace, K. A., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology, 23*(4), 267-276. doi:10.1207/S15324834BASP2304_3
- Warburton, J., Paynter, J., & Petriwskyj, A. (2007). Volunteering as a productive aging activity: Incentives and barriers to volunteering by australian seniors. *Journal of Applied Gerontology, 26*(4), 333-354. doi:10.1177/0733464807304568
- Warner, G., Doble, S. E., & Hutchinson, S. L. (2012). Successful aging in transition: Contemplating new realities. *World Leisure Journal, 54*(3), 255-268. doi:10.1080/04419057.2012.702455
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Chapter 29 - extraversion and its positive emotional core. In Robert Hogan A2John Johnson and Stephen BriggsA2 Robert Hogan,John Johnson, & Stephen Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). San Diego: Academic Press. doi:10.1016/B978-012134645-4/50030-5
- Weber, K., Giannakopoulos, P., Bacchetta, J., Quast, S., Herrmann, F. R., Delaloye, C., . . . Canuto, A. (2012). Personality traits are associated with acute major depression across the age spectrum. *Aging & Mental Health, 16*(4), 472-480. doi:10.1080/13607863.2011.630375
- Weinstein, N. D., & Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: Present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*(1), 1-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1996.15.1.1>
- Wenger, G. C. (1990). The special role of friends and neighbors. *Journal of Aging Studies, 4*(2), 149-169. doi:10.1016/0890-4065(90)90012-W
- Wenglert, L., & Rosén, A. (1995). Optimism, self-esteem, mood and subjective health. *Personality and Individual Differences, 18*(5), 653-661. doi:10.1016/0191-8869(94)00193-V
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.

- Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Tyler, K. A. (2001). Family relationship histories, intergenerational relationship quality, and depressive affect among rural elderly people. *Journal of Applied Gerontology, 20*(2), 214-229. doi:10.1177/073346480102000206
- Wichman, A. L., Reich, D. A., & Weary, G. (2006). Perceived likelihood as a measure of optimism and pessimism: Support for the future events scale. *Psychological Assessment, 18*(2), 215-219. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.215>
- Wild, K., Wiles, J. L., & Allen, R. E. S. (2013). Resilience: Thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society, 33*(Special Issue 01), 137-158. doi:10.1017/S0144686X11001073
- Willcox, B. J., He, Q., Chen, R., Yano, K., Masaki, K. H., Grove, J. S., . . . Curb, J. D. (2006). Midlife risk factors and healthy survival in men. *The Journal of American Medical Association, 296*(19), 2343-2350.
- Willcox, D. C., Willcox, B. J., Wang, N., He, Q., Rosenbaum, M., & Suzuki, M. (2008). Life at the extreme limit: Phenotypic characteristics of supercentenarians in Okinawa. *The Journals of Gerontology, 63A*(11), 1201-8.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Gu, L., Bienias, J. L., Mendes de Leon, C. F., & Evans, D. A. (2005). Neuroticism, extraversion, and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic Medicine, 67*(6), 841-845.
- Windle, G., & Woods, R. T. (2004). Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource. *Ageing & Society, 24*(04), 583-602. doi:10.1017/S0144686X04002107
- Windle, G., Woods, R., & Markland, D. (2010). Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies, 11*(6), 763-777. doi:10.1007/s10902-009-9172-3
- Windsor, T. D., Fiori, K. L., & Crisp, D. A. (2012). Personal and neighborhood resources, future time perspective, and social relations in middle and older adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 67*(4), 423-431. doi:10.1093/geronb/gbr117
- Withbourne, S., & Bringle, J., R. (2006). Theory of generativity. In R. Schulz (Ed.), *Encyclopedia of aging* (4th ed., pp. 435-437). New York: Springer Pub. Co.
- Woods, B., & Windle, G. (2008). Personality in later life: The effects of aging on personality. In R. Jacoby, C. Oppenheimer & A. Thomas (Eds.), *Old age psychiatry* (Oxford University Press ed., pp. 591-604). Oxford, New York:
- Wrzus, C., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2012). The interdependence of horizontal family relationships and friendships relates to higher well-being. *Personal Relationships, 19*(3), 465-482. doi:- 10.1111/j.1475-6811.2011.01373.x
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: The role of age and a positive view on ageing. *European Journal of Ageing, 5*(2), 117-127.
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health, , 1-17*. doi:10.1080/08870446.2014.891737
- Yanguas Lezun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.
- Yunong, H. (2012). Family relations and life satisfaction of older people: A comparative study between two different hukous in china. *Ageing and Society, 32*(1), 19-40. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X11000067>
- Yuste Rossell, N. (2004a). La problemática social de los cambios poblacionales. En N. Yuste Rossell, R. Rubio Herrera & M. Alexandre Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontología* (pp. 89-94). Madrid: Pirámide.

- Yuste Rossell, N. (2004b). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. En N. Yuste Rossell, R. Rubio Herrera & M. Aleixandre Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontología* (pp. 47-83). Madrid: Pirámide.
- Zacaré, J. J., & Serra, E. (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales De Psicología*, 12(1), 41-60.
- Zarit, S. H. (2009). A good old age: Theories of mental health and ageing. In M. Silverstein, V. L. Bengtson, N. Putney & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (Second ed., pp. 675-693). New York: Springer.
- Zhu, X., Woo, S. E., Porter, C., & Brzezinski, M. (2013). Pathways to happiness: From personality to social networks and perceived support. *Social Networks*, 35(3), 382-393. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2013.04.005>
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., & Otero, A. (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30(5), 1090-1099.
- Zunzunegui, M., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93-S100. doi:10.1093/geronb/58.2.S93

ANEXO:

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad de esta investigación es analizar la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y la personalidad en personas mayores de 65 años.

En dicho estudio se le harán una serie de preguntas sobre su relación con su pareja, con su familia (hijos, nietos, otros familiares) y con sus amigos y el apoyo que dichas relaciones le proporcionan. También se le preguntará sobre lo satisfecho/a que se siente con su vida, así como sobre su forma de ser.

Su participación en ningún caso supondrá una alteración de su grado de bienestar, como tampoco ningún riesgo para su seguridad. No obtendrá beneficios materiales, aunque aprenderá probablemente algo más sobre sí mismo/a.

La información que obtengamos por su participación se utilizará para presentar un trabajo de investigación y para publicar los resultados de dicho trabajo en artículos científicos. Sus datos personales (nombre, apellido, dirección, etc.) son estrictamente confidenciales y conocidos sólo por la investigadora, que en este caso, es también la entrevistadora. Sus datos personales o cualquier dato que pueda romper la confidencialidad no aparecerán en ninguna parte del estudio ni en los futuros artículos que se publicarán.

Su participación es voluntaria. De la misma forma, Vd. es libre de decidir en cualquier momento dejar de contestar a las preguntas y no concluir la entrevista. En ese caso Vd. puede retirar su consentimiento y quedarse con el material utilizado para la entrevista.

UD. ES LIBRE DE PARTICIPAR O NO PARTICIPAR. SU CONSENTIMIENTO EN ESTE DOCUMENTO INDICA QUE HA DECIDIDO PARTICIPAR Y QUE HA LEIDO DICHA INFORMACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Marque lo que corresponda

1. Confirmando que he leído y he comprendido la información que consta en el documento presentado sobre esta investigación.

2. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo interrumpir la entrevista en el momento que lo desee, sin tener que justificarlo.

3. Confirmando que acepto participar en el estudio.

4. Confirmando que acepto que la información recogida en la entrevista se guarde en una base de datos para su posterior análisis.

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

I.1. EDAD: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? _____

I.2. SEXO: Hombre Mujer

I.3. ESTADO CIVIL:

- Soltero/a (nunca casado)
- Casado/a o con pareja
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

I.4. COVIVENCIA: Vive solo/a Vive acompañado/a

II. RECURSOS SOCIOECONÓMICOS

II.1 ¿Cuáles fueron los ingresos totales de su unidad familiar en el último mes?

II.2. ¿Cómo de satisfecho/a se encuentra con su nivel de ingresos mensual?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muy				
satisfecho/a					satisfecho/a				

II.3 ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto nivel que ha cursado?

- Analfabeto (no lee y no escribe).
- Sin estudios pero sabe leer y escribir
- Primarios
- Secundarios
- Universitarios

II.4. ¿Qué grado de cualificación requería la profesión que desempeñó antes de jubilarse?

- Una cualificación baja
- Una cualificación media
- Una cualificación alta

III.Estado de salud

III.1. Número y tipo de enfermedades	No	Sí
Hipertensión arterial		
Hipercolesterolemia		
Infarto agudo de miocardio		
Otras enfermedades de corazón		
Enfermedades vasculares		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Otras enfermedades pulmonares		
Bronquitis crónica/Asma		
Alergia crónica		
Diabetes		
Problemas y enfermedades gastrointestinales		
Catarata/ Glaucoma/ otras enfermedades relacionadas con la vista		
Problemas de audición		
Enfermedades de la piel		
Enfermedades neurológicas (Parkinson, Epilepsia, etc.)		
Depresión, ansiedad y otros trastornos mentales		
Migraña o dolores crónicos de cabeza		
Tumores malignos		
Osteoporosis		
Enfermedades reumáticas/arthritis		
Dolores crónicos de espalda		
Anaemia		
Enfermedades endocrinas		
Problemas y enfermedades genitourinarias		
Problemas derivadas de la menopausia (solo en mujeres)		
Otros problemas de salud no mencionados antes		

III.2. ¿Alguna de las enfermedades que me ha mencionado supone alguna limitación para la realización de sus actividades diarias?

- No padezco ninguna enfermedades que me impida realizar actividades diarias o la enfermedad/las enfermedades que padezco no suponen una limitación
- La enfermedad/las enfermedades que padezco supone una limitación

III.3. ¿Para qué actividades concretas tiene limitaciones debido a sus problemas de salud?

Actividad	No	Sí
Comer		
Vestirse/ desvestirse		
Asearse/arreglarse		
Andar por la casa		
Levantarse/acostarse		
Bañarse/ ducharse		
Hacer compras		
Preparar comidas		
Limpieza de la casa		
Tomar medicación		
Salir a la calle/desplazarse		
Utilizar el transporte público		
Administrar dinero		
Hacer gestiones		
Ir al médico		
Ponerse zapatos		
Usar el WC		

III.4. ESTADO DE SALUD PERCIBIDA ¿Cómo considera usted su estado de salud actual?

- Muy bueno o bueno
- Regular
- Malo o muy malo

IV. RECURSOS SOCIALES (entrevista)

IV.1. Composición y tamaño de la red social y número de horas semanales que pasa en compañía de estas personas. Pensando en los familiares que no viven con usted y en los amigos, vecinos y conocidos con los que tiene contacto indíqueme por favor el número de:

	NÚMERO	Nº DE HORAS SEMANALES
HIJOS		
NIETOS		
HERMANOS		
OTROS FAMILIARES		
AMIGOS		
AMIGOS ÍNTIMOS		
VECINOS		
CONOCIDOS		

IV.1.1 ¿Cuántas horas semanales pasa usted en compañía de sus familiares?

IV.1.2. ¿Cuántas horas semanales pasa usted en compañía de sus amigos?

IV.2. Importancia de las relaciones de amistad:

¿Cómo de importante es para usted la familia?

1	2	3	4	5
Nada importante				Muy importante

¿Cómo de importantes son para usted los amigos?

1	2	3	4	5
Nada importante				Muy importante

IV.3. Satisfacción con las relaciones sociales:**IV.3. 1. ¿Cómo de satisfecho/a se siente con respecto a la familia?**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada satisfecho/a					Muy satisfecho/a				

IV.3. 2. ¿Cómo de satisfecho/a se siente con respecto a sus amigos/as?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada satisfecho/a					Muy satisfecho/a				

Cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) (Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli, 1996)			
	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
¿Estás satisfecho/a con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes (familia) los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho/a con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Escala de Relaciones Positivas (Extraída de las Escalas de Bienestar de Ryff, Díaz et al. (2006)						
Indique por favor si está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, utilizando la siguiente escala 1= totalmente en desacuerdo” y 6=totalmente de acuerdo:						
A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5	6
No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	1	2	3	4	5	6
Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6

Medical Outcomes Study (MOS) de Apoyo social (Revilla, Luna, Bailón y Medina, 2005)					
1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?					
Nº de amigos íntimos:					
Nº de familiares cercanos:					
La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Utilice la siguiente escala: 1= nunca; 2= pocas veces; 3= algunas veces; 4= la mayoría de las veces; 5=siempre					
2.Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3.Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4.Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9.Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10.Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11.Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12.Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13.Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14.Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15.Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16.Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17.Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18.Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19.Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20.Alguien a quien amar y sentirse querido	1	2	3	4	5

Escala de Integración Social (extraída de las Escalas de Bienestar Social, Blanco y Díaz, 2005)					
Indique por favor si está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, utilizando la siguiente escala 1= totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo					
Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5
Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5
Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucha.	1	2	3	4	5
Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5
Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en cuenta.	1	2	3	4	5

Escala de Aceptación Social (Extraída de las Escalas de Bienestar Social, Blanco y Díaz, 2005)					
Indique por favor si está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, utilizando la siguiente escala 1= totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo					
Creo que la gente no es de fiar	1	2	3	4	5
Creo que las personas sólo piensan en sí mismas	1	2	3	4	5
Creo que no se debe confiar en la gente	1	2	3	4	5
Creo que la gente es egoísta	1	2	3	4	5
Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto	1	2	3	4	5
Las personas no se preocupan de los problemas de los demás	1	2	3	4	5

Escala de Extraversión (Extraída de la NEO-Five Factor Inventory, Costa y McCrae, 1999)					
Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas. Lea cada frase con atención y marque la alternativa que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. Para ello utilice las siguientes opciones de respuesta: 0= en total desacuerdo; 1= en desacuerdo; 2= neutral; 3= de acuerdo; 4= totalmente de acuerdo.					
1. Soy una persona alegre y animosa	0	1	2	3	4
2. Disfruto mucho hablando con la gente	0	1	2	3	4
3. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente	0	1	2	3	4
4. No me considero especialmente alegre	0	1	2	3	4
5. Me gusta tener mucha gente alrededor	0	1	2	3	4
6. No soy tan vivo y animado como otras personas	0	1	2	3	4
7. Soy una persona muy atractiva	0	1	2	3	4
8. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros	0	1	2	3	4
9. Huyo de las multitudes	0	1	2	3	4
10. A veces reboso felicidad	0	1	2	3	4
11. Me gusta estar donde está la acción	0	1	2	3	4
12. No me gusta mucho charlar con la gente	0	1	2	3	4

Escala de Revisada de Optimismo (LOT-R) (Otero, Luego, Romero, Gómez y Castro, 1998)					
Indique por favor si está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, utilizando la siguiente escala 0= estoy totalmente en desacuerdo; 1= estoy en desacuerdo; 2= no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo; 3= estoy de acuerdo; 4= estoy totalmente de acuerdo:					
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2. Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5. Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8. No me disgusto fácilmente.	0	1	2	3	4
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4

La satisfacción vital en las personas mayores: impacto de los recursos psicosociales

10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Escala de Satisfacción Vital (Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000).					
A continuación se les presenta una serie de afirmaciones con las que puedes estar de acuerdo o no. Lea cada una de las frases e indique su nivel de acuerdo con cada una de ellas, haciendo un círculo alrededor del número que estime oportuno de la escala que aparece para cada ítem 1= total desacuerdo; 5= totalmente de acuerdo. Por favor, sea sincero/a y honesto/a en sus respuestas.					
1. En la mayoría de los casos mi vida está cerca de mi ideal	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4. He obtenido las cosas importantes que he querido en la vida	1	2	3	4	5
5. Si pudiera volver a vivir mi vida otra vez, no cambiaría nada	1	2	3	4	5