

**CORRELATOS
PSICOSOCIALES DE LA
FELICIDAD EN LA
VEJEZ**


**Predictores y Perfiles
Multidimensionales**

RAQUEL LARA MORENO

El doctoranda RAQUEL LARA MORENO y los directores de la tesis DEBORA GODOY IZQUIERDO, JUAN F. GODOY GARCÍA y M^a LUISA VÁZQUEZ PEREZ garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores 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.

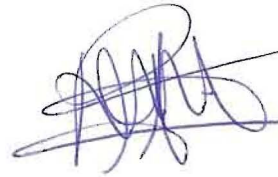
GRANADA, 17/06/2014

Director/es de la Tesis

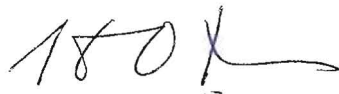


Fdo.: Débora Godoy Izquierdo

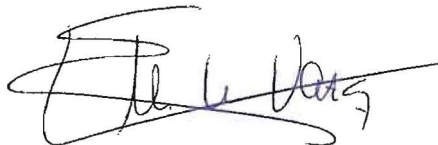
Doctorando



Fdo.: Raquel Lara Moreno



Fdo.: Juan F. Godoy García



Fdo.: M^aLuisa Vázquez Pérez

Editor: Universidad de Granada
Autora: Raquel Lara Moreno
ISBN: 978-84-9083-313-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/49469>

**CORRELATOS PSICOSOCIALES DE
LA FELICIDAD EN LA VEJEZ:
Predictores y
Perfiles Multidimensionales**



Programa de Doctorado en Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Autora

Raquel Lara Moreno

Directores

Dra. D^a. Débora Godoy Izquierdo

Dra. D^a. M^a Luisa Vázquez Pérez

Dr. D. Juan Francisco Godoy García

Granada, Junio de 2014

*“La felicidad no es una estación a la que se llega
sino una manera de viajar”*

Margaret Lee Runbeck

Agradecimientos



Cuatro años de trabajo, ilusión, alegrías, desencuentros, risas, llantos, esfuerzo, motivación, lucha y algunas que otras horas sin dormir es todo lo que he necesitado para realizar esta Tesis Doctoral. En estos años he aprendido muchas cosas, a superarme, a levantarme cuando algo no salía bien, a ponerle ganas, mucha ilusión y, cómo no, a investigar.

Decir que todo este camino no hubiera sido posible andarlo sin la ayuda de todas las personas que están conmigo día a día ayudándome y apoyándome, mi familia, abuelos, amigos, profesores y compañeros de fatigas. Por eso, me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

En primer lugar, me gustaría agradecerle a mi directora, la Dra. Débora Godoy, por estar ahí siempre que la he necesitado, por sus consejos, su ilusión por la investigación y esa energía que derrocha y que me ha contagiado. Gracias por tus enseñanzas y por tu paciencia.

Agradecerle al Dr. Juan Francisco Godoy que un día en clase de Psicología de la Salud me diera la oportunidad de ayudarlo en una investigación sobre felicidad; fue él quien me adentró en este maravilloso mundo dentro de la investigación psicológica que es la felicidad. Gracias por la confianza en mí depositada y tus grandes lecciones y sabiduría.

Dar gracias, también, a la Dra. María Luisa Vázquez, por enseñarme que trabajando duro y luchando por lo que uno quiere, al final siempre se consigue. Gracias por tu energía y tus buenos consejos.

Al Grupo de Investigación CTS-267 “Psicología de la Salud y Medicina Conductual” de la Junta de Andalucía, por estar siempre dispuesto a ayudar en lo que haga falta, además de compartir alegrías y “buen rollo”. Quiero agradecer muy especialmente a Ana, María y Estefanía por su apoyo en todo momento y sus ánimos, ya sabéis: Una para todas y todas para una.

A todos y cada uno de los participantes en esta investigación, ya que sin ellos esta Tesis Doctoral no hubiera sido posible. Habéis hecho que tenga más ganas todavía de seguir trabajando en este campo y con vosotros.

Tengo que agradecerles a mis padres que me convencieran para que finalmente me matriculase en Psicología, por sus ánimos, por creer en mí y por esa sonrisa que muestran cada vez que hablan de su hija. Gracias de corazón por todo lo que habéis luchado y hecho por mí.

A mi hermana, mi otra mitad. Gracias por escucharme, entenderme y en definitiva por todo. No me imagino una mejor hermana ni amiga.

A Migue, por aguantar mis agobios repentinos y mis cambios de humor, por darme fuerzas para seguir con este sueño y darme la mano cada día.

Gracias a todos, sin vosotros no hubiera podido recorrer este camino.

A mi abuelo, mi estrella.

Gracias por todo lo que me enseñaste.

Índice

	<i>Pág.</i>
Prólogo	15
PARTE I INTRODUCCIÓN GENERAL	19
Capítulo 1 Aproximación Teórica al Concepto de Envejecimiento	21
1.1 Teorías Biológicas	24
1.2 Teorías Sociológicas	26
1.3 Teorías Psicológicas	30
Capítulo 2 Envejecimiento Positivo y Bienestar Subjetivo	37
1. Acercándonos al Estudio del Envejecimiento Positivo	39
2. Envejecimiento y Bienestar	49
2.1. El concepto de Felicidad o Bienestar Subjetivo	50
2.2 Correlatos de la Felicidad en Adultos Mayores	54
2.3 Niveles de Felicidad en la Adulthood Tardía	70
PARTE II OBJETIVOS	75
Capítulo 3 Objetivo General y Objetivos Específicos	77
PARTE III METODOLOGÍA	83
Capítulo 4 Participantes, Medidas y Procedimiento. Diseño de Investigación y Análisis Estadístico	85

PARTE IV	ESTUDIOS EMPÍRICOS	99
Capítulo 5	Estudio 1: Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-institutionalised Adults. <i>Journal of Happiness Studies</i>, 14, 389-414	101
	1. Introduction	104
	1.1 Happiness in the Elderly	104
	1.2 Correlates of Happiness in Late Adulthood	106
	1.3 Institutionalisation and Happiness	112
	1.4 Aims of the Present Study	112
	2. Methods	113
	2.1 Participants	113
	2.2 Measures	117
	2.3 Procedure	119
	2.4 Statistical Analyses	121
	3. Results	121
	4. Discussion	127
Capítulo 6	Estudio 2: Multidimensional Psychosocial Profiles in the Elderly and Happiness: A Cluster-Based Identification. <i>Aging and Mental Health</i>, 18, 489-503	137
	1. Introduction	139
	2. Methods	143
	2.1 Participants	143
	2.2 Measures	146
	2.3 Procedure	150
	2.4 Statistical Analyses	150

3. Results	152
4. Discussion	161
Capítulo 7 Estudio 3: Optimism... and Happiness? Optimism and Social Support Moderate the Indirect Relationship Between Self-Efficacy and Happiness Through Mental Health Among Elders	169
1. Introduction	172
1.1 Optimism	172
1.2 General Self-Efficacy	177
1.3 Social Support	179
1.4 Previous Findings on Indirect Paths for Optimism, Self-Efficacy and Social Support on SWB Outcomes in the Elderly	181
1.5 Aims	183
2. Methods	183
2.1 Participants	183
2.2 Measures	186
2.3 Procedure	189
2.4 Statistical Analyses	190
3. Results	193
4. Discussion	200
PARTE V DISCUSIÓN	215
Capítulo 8 Discusión General	217
1. Discusión General	219
2. Limitaciones Generales y Perspectivas Futuras	231

Capítulo 9	Conclusiones	235
PARTE VI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	239
ANEXO		275

Prólogo

A lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI, se ha venido produciendo un incremento progresivo y rápido de la longevidad a nivel mundial, debido al gran aumento de la esperanza de vida. En los países occidentales, la mortalidad de los mayores se ha reducido notablemente, de forma inesperada y sin precedentes (Christensen et al., 2009). Esto, unido a la disminución del índice de natalidad, explica el rápido crecimiento de la población mayor en las sociedades occidentales (Christensen et al., 2009; OMS, 2011). Este hecho puede también observarse en España, donde tenemos una esperanza de vida de entre 80 (hombres) y 86 (mujeres) años y un índice de envejecimiento (porcentaje de población mayor de 64 años respecto a los menores de 16 años) del 108%, uno de los más altos a nivel europeo y mundial, según datos del Instituto Nacional de Estadística. Actualmente hay censadas casi 8 millones de personas con 65 años o más, lo que supone aproximadamente un 18% de la población española, de la que un 5% son mayores de 80 años (Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Estadística, 2011), lo que implica que España ocupa el cuarto lugar en la jerarquía de países más envejecidos del mundo (Naciones Unidas, 2010). Según datos de la OMS (2002), el colectivo de personas entre 50 y 75 años es el que más rápidamente ha crecido de todos los sectores poblacionales en las últimas décadas, y según sus previsiones en 2025 este porcentaje ascenderá en general, hasta el 31.4% en España. La OMS estima que la población mundial mayor de 65 y 85 años se duplicará y cuadruplicará respectivamente de 2010 a 2050, y que el número de mayores de 100 años se multiplicará por diez durante el mismo periodo (OMS, 2011). De seguir la misma tendencia durante este siglo, la mayoría de los niños nacidos a partir de 2000 en los países con mayor esperanza de vida llegarán a celebrar su 100º cumpleaños (Christensen et al., 2009).

Este crecimiento demográfico muy probablemente sea debido a un éxito de las mejoras a nivel sanitario, económico y social que se han producido en las últimas décadas en nuestro país. Sin embargo, este fenómeno poblacional del envejecimiento presenta a su vez grandes retos y desafíos para nuestra sociedad y para las Ciencias de

la Salud, porque lo importante no es cumplir años sino que esos años de vida sean de buena calidad y con un alto bienestar. De hecho, según el informe de Chistensen et al. (2009), la prevalencia de enfermedades no transmisibles, fundamentalmente crónicas, en la población anciana menor de 80 años se ha incrementado en los países occidentales, considerando tanto indicadores objetivos como subjetivos, así como la probabilidad de supervivencia, lo que supone que el anciano vive más tiempo padeciendo este tipo de alteraciones de la salud; no obstante, también se ha incrementado el nivel de funcionalidad y bienestar, reduciéndose la discapacidad y las limitaciones funcionales, de forma que "no sólo vivimos más sino también mejor" (p. 1204). Así, diversos indicadores de esperanza de vida, prevalencia de un estado positivo de salud y esperanza de vida saludable han mejorado en general en estos países, mientras que los indicadores de esperanza de vida con discapacidad arrojan resultados diferentes según se trate de niveles elevados de discapacidad (se han reducido) o niveles bajos o moderados (han aumentado) y también dependiendo del país de estudio. Para los mayores de 80 años en adelante, que son el colectivo de los mayores que más ha aumentado en los últimos años y se espera que seguirá aumentando en las próximas décadas con la misma tendencia (OMS, 2002, 2011), los datos son menos abundantes y concluyentes, pero posiblemente son menos alentadores. La OMS estima que el número de personas que requerirán algún tipo de ayuda se multiplicará por cuatro durante el período 2010-2050 (OMS, 2011).

Por tanto, diversos factores, entre ellos el aumento de la esperanza de vida promedio y máxima, el aumento del porcentaje de mayores en la población y el gasto sociosanitario asociado a la atención a los mayores, ha estimulado y estimula en la actualidad el estudio y comprensión del envejecimiento (Weinert y Poala, 2003).

Sin embargo, debemos tener en cuenta que el colectivo de personas mayores forma un grupo muy heterogéneo y que con este aumento del envejecimiento de la población también aumenta el riesgo de tener un peor estado físico, psicológico y social. Por ello, es importante identificar y fortalecer aquellos factores que actúan mejorando los niveles de salud, calidad de vida y bienestar subjetivo en los adultos mayores. Por ello, es importante que la Psicología de la Salud desarrolle esfuerzos para

promocionar la salud y prevenir la enfermedad, en el sentido más amplio de estas actuaciones, en el colectivo de personas de 65 años en adelante pero también, puesto que la trayectoria de envejecimiento se asienta en la trayectoria a lo largo de todo el ciclo vital (OMS, 2002), en las décadas anteriores, pues un enlentecimiento o un retraso de los cambios y riesgos que supone el envejecimiento puede hacer que las personas vivan durante más tiempo con elevados niveles de bienestar, calidad de vida y satisfacción y bajos de incapacidad, limitaciones funcionales y problemas serios de salud.

Alejándonos de los modelos teóricos y aplicados que sólo abordan lo negativo que conlleva envejecer, en esta Tesis Doctoral nos centramos en aquellos que hacen hincapié en los recursos, fortalezas o potencialidades para un "buen vivir" y en todo lo positivo que se puede conseguir cuando envejecemos generando un envejecimiento saludable, positivo y de éxito.

PARTE I:

INTRODUCCIÓN GENERAL

Capítulo 1:

Aproximación Teórica al Concepto de Envejecimiento

Capítulo 2:

Envejecimiento Positivo y Bienestar Subjetivo



CAPÍTULO 1:

Aproximación Teórica al Concepto de Envejecimiento

“Los hombres olvidan siempre que la felicidad humana es una disposición de la mente y no una condición de las circunstancias”

John Locke

En la actualidad, no existe una definición de envejecimiento unánimemente aceptada. El concepto de envejecimiento ha experimentado un cambio muy significativo desde las primeras formulaciones hasta hoy. Al principio, al hablar de envejecimiento, los estudiosos del tema se centraron en una perspectiva influenciada por la Medicina y la Biología, la cual se basaba en un modelo de déficit en el que el envejecimiento era aquel proceso de declive anterior a la muerte definido como la vejez o senectud. El envejecimiento sería, así, el resultado de la acumulación progresiva de cambios en el cuerpo que ocurren con el paso del tiempo y provocan un incremento de la probabilidad de enfermedad y muerte del individuo (Harman, 1956), o un proceso progresivo, intrínseco y universal asociado al paso del tiempo que ocurre en todos los seres vivos en interacción con su contexto y que generalmente se asocia a pérdidas funcionales, alteraciones y muerte (Harman, 1956; Strehler, 1977). Estas teorías adoptaron además un punto de vista reduccionista, centrándose en elementos específicos que podrían explicar *una parte* del proceso de envejecimiento. De más de 300 teorías indicadas por Medvedev (1990) en su revisión, muchas han sido descartadas en la actualidad por no recibir apoyo empírico suficiente, otras han sido reelaboradas y otras nuevas han sido propuestas desde entonces.

Más adelante, se opusieron a esta idea de déficit las teorías psicológicas y sociológicas. Estas se alejaban de las definiciones centradas únicamente en problemas biológicos y entendían el proceso de envejecer de una forma más amplia, planteando además que, como en cualquier etapa del ciclo vital, existen tanto potencialidades como riesgos, tanto problemas como bienestar.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento se entiende como un complejo proceso multifactorial y multidimensional influido, además, por la elevada variabilidad fenotípica y no sólo genotípica y la enorme diversidad de trayectorias de vida determinadas por factores conductuales, psicosociales y ambientales y las formas de manejar y afrontar las distintas demandas de la vida (Bengtson et al., 2009; Coleman y O'Hanlon, 2004; Johnson, 2005; Silverstein et al., 1999; Weinart et al., 2003).

1. Teorías Biológicas

Las teorías biológicas tratan de explicar el proceso de envejecimiento apuntando a un declive en el funcionamiento físico de la persona debido al paso del tiempo, i.e., la edad. Por tanto, el envejecimiento estaría caracterizado por una serie de cambios degenerativos progresivos en la estructura y fisiología del cuerpo que se traducirían en un déficit de funciones, una reducción de la capacidad adaptativa y funcional, un aumento de la vulnerabilidad a las distintas enfermedades y, en consecuencia, la llegada de la mortalidad (Cristofalo, 1990).

Existe una gran variedad de teorías de naturaleza biológica que pretenden explicar qué es y cómo se produce el envejecimiento (para una revisión ver Hughes y Reynolds, 2005; Kirkwood, 2005; Miquel, 2006; Silverstein et al., 1999; Viña et al., 2007; Weinert y Poala, 2003). Según Goldstein y Reichel (1981) se pueden observar dos grupos de teorías diferenciados: Las teorías estocásticas, que contemplan el envejecimiento como la acumulación de daños que se producen en el organismo debidos al paso de la edad; y las no estocásticas, que se basan en la idea de que el envejecimiento es algo programado de forma genética (ver Tabla 1.1).

- *Teorías estocásticas o del “uso y desgaste”*: Estas teorías afirman que el envejecimiento es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren aleatoriamente y de forma acumulada a lo largo del tiempo. Asumen la idea de que el envejecimiento está causado por la acumulación de daños en las células, tejidos y sistemas debidos a su uso prolongado a lo largo de la vida o derivados de factores medioambientales que limitan la capacidad del organismo para sobrevivir ante las agresiones externas, ya tengan estos factores un carácter voluntario (estilo de vida, nutrición o consumo de sustancias) o involuntario (exposición a los contaminantes del aire, radiaciones, virus, alimentos, agua). La acción de estos factores medioambientales determina el daño de las células, provocando el deterioro de los órganos y las funciones vitales. Estos daños van aumentando de forma progresiva hasta que no son compatibles con la vida. Por ejemplo, según las teorías más aceptadas en la actualidad, podría

producirse un aumento del nivel de sustancias tóxicas, por acumulación de productos de desecho que los mecanismos metabólicos no son capaces de controlar, que afectaría a las células y los tejidos; o bien un daño en el ADN o el ARN celular dando lugar a mutaciones genéticas (e.g., en los mecanismos de síntesis de proteínas) que acaban comprometiendo la función celular y su vida; o un aumento de los radicales libres, metabolitos tóxicos del metabolismo aeróbico, que al no ser inactivados o reparados por los mecanismos celulares antioxidantes generan daño celular acumulado, fundamentalmente en el ADN mitocondrial; o incluso un acortamiento de los telómeros de los cromosomas, que contienen secuencias de ADN, debido a los procesos de división y replicación celular continuados.

- *Teorías no estocásticas o programadas:* Estas teorías plantean el proceso de envejecer como algo que viene ya predeterminado genéticamente en un patrón de desarrollo normal preestablecido para cada organismo. En general, estas teorías atribuyen los cambios asociados a la edad a procesos programados o predeterminados de envejecimiento del organismo, los cuales van progresivamente mermando la capacidad del individuo y su funcionamiento normal, incluyendo los procesos de reparación celular. El envejecimiento correspondería a una etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en nuestros genes. Sería la última etapa y, por tanto, la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación del ciclo vital de la persona. Así, estas teorías proponen que nuestros genes tendrían unas instrucciones claras y precisas que van a controlar nuestro crecimiento y maduración, al igual que nuestro declive y, en consecuencia, muerte. Por ejemplo, algunas de estas teorías señalan un fallo del sistema neuroendocrino, fundamentalmente del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, o del sistema inmune, cuya función general fallaría mientras aumentarían las funciones autoinmunes.

En definitiva, todas estas teorías, ya sean genéticas, fisiológicas, bioquímicas o metabólicas, señalan de una u otra forma que el envejecimiento se produce como consecuencia del agotamiento de los recursos del organismo debido al paso del tiempo o a la edad, ya sea programado o por la acción de agentes externos. Sin embargo, existen datos actuales que se oponen en cierto modo a estas teorías. Como ejemplo, se ha observado que la práctica de ejercicio físico de forma moderada y continuada no sólo no acelera el envejecimiento sino que mejora la calidad de vida y el bienestar del adulto mayor así como aumenta su longevidad, incluso cuando este está institucionalizado (Chang et al., 2004; Chou et al., 2012; Nelson et al., 2007; Netz et al., 2005; Nocon y Hiemann, 2008).

2. Teorías Sociológicas

En contraposición a las teorías biológicas, las teorías sociológicas dan al proceso de envejecimiento un marco socio-cultural, centrándose en la interacción individuo-contexto y la adaptación del adulto mayor a la sociedad en la que vive (para una revisión, ver Silvertstein et al., 1999). Según Comfort (1977), el 75% de los cambios relacionados con la edad pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos sobre la vejez. La sociedad construye la vejez, asignando roles, estatus, actitudes, normas y comportamientos al mayor, y legitima de diversas formas sus construcciones. En muchas ocasiones, estas construcciones son negativas y generan aislamiento, exclusión, dependencia y vulnerabilidad.

Por tanto, el abordaje sociológico tiene como unidad de análisis la sociedad, centrandose su atención en el estudio de las características de esta a nivel estructural, político, económico, legal, etc., sus construcciones sobre la edad, el estatus del anciano en el contexto socio-cultural y las condiciones de vida de las personas mayores.

Inicialmente, las teorías sociológicas se limitaban a interpretar las interacciones de los adultos mayores y la sociedad desde el análisis de variables como el aislamiento, la jubilación, el nivel de ingresos o las actividades sociales. Actualmente, al integrar la

Sociología con la Antropología y la Psicología, se han ido creando teorías que presentan nuevas formas de explicar los fenómenos y problemas sociales asociados al envejecimiento (ver Tabla 1.1).

- *Teorías adaptativas:* Relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social, entienden que el contexto socioambiental influye en cómo el anciano se adapta a esta etapa vital. Se basan en la idea de que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales...) que disminuyen su competencia y reducen su autonomía, funcionalidad y actividad, dando lugar a una persona socialmente envejecida.

- *Teorías estructurales:* Analizan los componentes estructurales, concretamente el impacto que tiene la organización social y sus componentes, sobre el envejecimiento y su influencia en las diferentes cohortes de las personas que envejecen. Por ejemplo, estas teorías sostienen que la estructura del trabajo y la organización de la producción hacen que, al llegar la vejez, por la separación del ámbito laboral, el mayor sufra una ruptura social con pérdida progresiva de funciones.

- *Teorías de economía moral:* Aglutinan los enfoques más individuales con los estructurales y subrayan el cambio y las oportunidades ligadas al envejecimiento, que es entendido como un proceso dinámico.

Tabla 1.1. Teorías del Envejecimiento.

TEORÍAS BIOLÓGICAS	
Teorías genéticas, moleculares, celulares y sistémicas	Teoría del desgaste de Pearl (1924), Teoría de los radicales libres de Harman (1956), Teoría de los telómeros (Harley, 1990), Teoría del daño del ADN (Szilard, 1959; Comfort, 1979), Teoría de la autointoxicación de Metchhnikoff (1904), Teoría del error catastrófico de Orgel (1963), Teoría del entrecruzamiento molecular de Bjorkstein (1968), Teoría del reloj molecular de Burnet (1970), Teoría de la apoptosis-necrosis (Lockshin, 1990), Teoría neuroendocrina y inmune (Meites, 1992; Nandy, 1982), Teoría de la acumulación de mutaciones (Medawar, 1985), Teoría del marcapasos de Burnet (1970), Teoría genética del envejecimiento celular (Mishara y Riedel, 2000), Teoría de las mutaciones somáticas de Curtis (1963, 1982), etc.
TEORÍAS SOCIOLÓGICAS	
TEORÍAS ADAPTATIVAS	
Teoría de la Desvinculación (Cumming y Henry, 1961)	El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" irreversible, gradual y recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación de roles y actividades provocada por el cambio en las capacidades funcionales del adulto, ya sea por el mismo interesado (cambio en sus preferencias) o por los otros miembros de este sistema (retiran las funciones del adulto mayor y las ceden a los jóvenes, las relaciones se rompen o se altera la calidad de las que se mantienen) como preparación a la muerte. La clave está, pues, en aceptar esta progresiva desvinculación de la sociedad y en participar en ella activamente.
Teoría de la Actividad (Havighurst, 1961)	La vejez se produce como consecuencia de la pérdida de los roles sociales, por lo que lo más importante para evitar el envejecimiento es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles y actividades que se desempeñen. La clave está en conservar el nivel de actividad de etapas previas, buscando nuevos papeles que reemplacen los roles y actividades perdidos, es decir, en redefinirse a uno mismo con un nuevo significado mediante nuevas actividades. Las actividades sociales pueden actuar como "amortiguadoras" del "trauma" que supone la pérdida roles a estas edades.
Teoría de la Continuidad (Neugarten, 1964; Havens, 1968; Atchley, 1975)	No existe una ruptura fuerte entre la edad adulta y la tercera edad marcada por la aparición de pérdidas de roles, hábitos, valores, preferencias, redes...; son sólo cambios progresivos, menores y/u ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad entre el paso de una etapa a otra. Las personas consiguen nuevas metas en la vejez en base a las preferencias, disposiciones y hábitos que desarrollaron en la adultez y las experiencias, decisiones y conductas que han almacenado a lo largo de la vida (continuidad interna). También existe una continuidad externa respecto a valores, roles y actividades sociales. Por tanto, la clave del envejecimiento positivo está en ser capaz de mantener continuidad interna y externa.

Tabla 1.1. (Continuación).

Teoría del Medio social (Gubrium, 1973)	El comportamiento en la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. El medio donde vive y se desenvuelve una persona está formado por el contexto social con sus normas y aspectos materiales con las distintas posibilidades que le ofrecen. Por tanto, la actividad social de una persona va a estar influenciada por su salud, su nivel económico y su red de apoyo social.
Teoría del Vacío de roles (Rosow, 1967)	Los cambios que se producen con la edad conllevan una pérdida de los roles más importantes de la persona, con lo que se pierden las normas que regulan el comportamiento y se produce desestructuración, ambigüedad de roles y desocialización del mayor.
TEORÍAS ESTRUCTURALES	
Teoría de la Modernización (Cowgill y Holmes, 1974)	El estatus de los mayores en la sociedad en la que viven es inversamente proporcional al grado de industrialización de esta. En las culturas modernas occidentales, el anciano es relegado en la sociedad, es considerado una carga y sus condiciones de vida se empobrecen; en las sociedades tradicionales, su sabiduría y experiencia es reconocida y valorada y el anciano goza de alto estatus y poder.
Teoría de la Dependencia estructurada (Townsend, 1957)	Las sociedades capitalistas rigen el envejecimiento a través de normas y recursos derivados de la estructura y organización de la producción, que a su vez generan un fenómeno de dependencia, debido a 4 factores: Jubilación, pobreza generalizada, institucionalización y políticas de atención que suponen en el mayor un rol pasivo-receptivo.
TEORÍAS DE ECONOMÍA MORAL	
Teoría de la Tercera edad (Lanslett, 1989)	Presenta el envejecimiento como un ejemplo de cambio social no planificado, asociado al paso por las cuatro etapas del ciclo vital. Considera la tercera etapa o "tercera edad" como la etapa del apogeo de la vida, dependiendo de los recursos y actitud proactiva de la persona.
Teoría del Ciclo vital (Riley, 1987)	Considera el envejecimiento como un proceso social, y la valoración de la edad como una característica estructural de sociedades y grupos cambiantes, en tanto que las personas y sus funciones se diferencian de acuerdo a la edad. Acentúa la diversidad de experiencias frente a la supuesta inevitable dependencia.

3. Teorías Psicológicas

Desde la Psicología se ha tratado de explicar el desarrollo humano y el envejecimiento en términos de cambios individuales en el funcionamiento cognitivo, el comportamiento, los roles, las relaciones e interacción con el ámbito social, los estilos de afrontamiento, etc. Las teorías clásicas del desarrollo postulan distintas etapas en el proceso de la vida, siendo la última la etapa de vejez, ancianidad o tercera edad. Por otra parte, los modelos ecológicos defienden la idea de que no es posible estudiar el envejecimiento abordando solamente la persona, sino que es necesario incluir los factores contextuales, mientras que el enfoque de envejecimiento activo se construye sobre la perspectiva del ciclo vital, enfatizando la multidimensionalidad y la multifactorialidad del envejecimiento como proceso amplio de desarrollo (para una revisión, ver Bengtson et al., 2009, Schaie y Willis, 2011, Schroots, 1996, y Silvertstein et al., 1999).

- *Teorías clásicas del desarrollo:*

Teoría del Individualismo: Para Jung (1930, 1931), el desarrollo del adulto es un proceso caracterizado por el crecimiento y el cambio en el que las personas son guiadas por sus metas futuras y sus experiencias pasadas. Jung parte de la hipótesis de que en la última etapa del desarrollo, la vejez, la persona se desplaza desde su mundo exterior (extraversión) hacia la experiencia interior (introversión), en un viaje interno de autoexploración. En esta etapa, el adulto mayor se siente libre para centrarse en sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores, buscar respuesta a los enigmas de la vida y explorar la esencia de su “verdadero yo”.

Teoría de la Integración-Desesperación: Erikson (1950, 1968, 1980, 1982) centra su teoría psicodinámica del desarrollo humano en el desarrollo del Yo como proceso de maduración y enriquecimiento personal a lo largo de la vida. El desarrollo es considerado un proceso evolutivo basado en una secuencia de eventos definidos en términos de lo que es esperable para cada estadio a nivel biológico, psicológico, social y cultural. Según Erikson, existen 8 etapas o estadios ordenados temporalmente en los cuales hay que cumplir unas tareas de desarrollo asociadas a crisis de identidad y

soluciones específicas para la maduración y desarrollo del Yo, crisis que deben resolverse exitosamente para avanzar a lo largo de las etapas. En concreto, el último estadio es el que corresponde a la vejez (más de 65 años) y en él el adulto mayor debe alcanzar el equilibrio en la búsqueda de la integridad del Yo frente a la desesperación para alcanzar el grado máximo de desarrollo, maduración o sabiduría: El adulto mayor mira la vida de forma retrospectiva, viendo todo lo que ha conseguido y lo que ha perdido o no ha llegado a conseguir, es decir, ve su vida como una experiencia significativa, provechosa y feliz, independientemente de cómo haya sido objetivamente, y se siente satisfecho, o como una decepción llena de grandes fracasos y se sentirá desesperado y con miedo a la muerte. En esta visión retrospectiva se tienen en cuenta los factores físicos, psicológicos, socioculturales e históricos.

Teoría de las Tareas del desarrollo: También Havighurst (1953, 1963) enfatizó la importancia de las “tareas de desarrollo” a lo largo del ciclo vital ajustadas a cada momento de la vida. Havighurst define este concepto como un logro importante que se demanda en un momento concreto de la vida de la persona; si dicha tarea se lleva a cabo provocaría la felicidad de la persona, siendo en caso opuesto la infelicidad el estado dominante. Estas tareas son definidas con base en diferentes valores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Havighurst, más que hablar de estadios, habla de periodos de vida, que no serán vividos por los individuos con la misma edad de la misma forma. Sostiene una continuidad entre la adultez y la adultez tardía, excepto a nivel de funcionamiento biológico y salud. Según Havighurst, las “tareas de la vejez”, el sexto estadio, para un buen envejecimiento serían mantener continuidad con los roles, valores y actividades de la etapa anterior pero sumando la adaptación al deterioro de la salud y de la fuerza física, a la jubilación y a la disminución de los ingresos y a la muerte del cónyuge y seres queridos, el establecimiento de una filiación con el grupo de edad, así como la realización de rutinas que hagan sentirse satisfechos con la vida a los adultos mayores. Para esta teoría, el envejecimiento más positivo sucede cuando el mayor es capaz de mantenerse implicado en el contexto social, es decir, de mantener sus roles, relaciones y actividades sociales, o de sustituir los perdidos por unos nuevos.

- *Modelos ecológicos: Teoría del Ciclo Vital*

Esta perspectiva incluye las principales modificaciones que tienen lugar en nuestra conducta con el paso de la edad, mientras van cambiando al mismo tiempo ambientes y estilos de vida (Birren y Schroots, 1996). Bronfenbrenner (1979) habla de ecología del desarrollo humano, al estar influyendo sobre este los estilos y condiciones de vida en términos de espacios donde se desarrolla la actividad humana, modalidades de dicha actividad y formas de interacción. Sobre estos tres elementos se forman los distintos sistemas de la vida del hombre: Microsistema (el ambiente más cercano a la persona: Familia, comunidad, colegio, trabajo), mesosistema (interacción entre los microsistemas), exosistema (circunstancias sociales, políticas, culturales, científicas y económicas), macrosistema (relacionado con elementos simbólicos de las culturas, tales como creencias y representaciones sociales) y cronosistema (referente al transcurso del tiempo: Hechos históricos y biográficos). Todos y cada uno de estos sistemas incurren en el ciclo vital de las personas.

Desde finales de 1970, autores europeos como Hans Thomaie (1976) o Paul Baltes (1987) y estadounidenses como Warner Schaie (1978) o John Nesselroade (1981) plantean una nueva forma de estudiar el envejecimiento, de manera que este sea un proceso integrado dentro del ciclo vital humano. Esta alternativa fue conocida como el Enfoque del Ciclo Vital (*Life Span Approach*). Se trata de un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo independientemente del punto temporal en el que se esté. Por ello, esta perspectiva constituye un intento de superar la dicotomía crecimiento-declive, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay tanto pérdidas como ganancias.

Para Baltes et al. (1998), el proceso de envejecimiento es multidireccional, multidimensional, dinámico y plástico, por lo que el cambio es algo impredecible. De ahí que la teoría del ciclo vital tenga los siguientes postulados (Baltes, 1987, 1997; Baltes et al., 1980, 1998; Baltes y Baltes, 1990; Baltes y Carstensen, 1996; Baltes y Smith, 1999; Baltes y Willis, 1982):

1. *El desarrollo se produce a lo largo de toda la vida*: El desarrollo individual (ontogenético) es entendido como un proceso a lo largo de toda la vida, desde la concepción hasta la muerte.

2. *Multidimensionalidad y multidireccionalidad*: Existen diferentes niveles de cambio individual con la edad (inteligencia, sistema perceptivo, lenguaje, valores, relaciones interpersonales, etc.) y cada uno de ellos puede cambiar en una dirección diferente.

3. *Existe una distribución de los recursos para las diferentes funciones del desarrollo*: El desarrollo ontogenético implica el reparto competitivo, pero coordinado, de recursos biopsicosociales para las distintas funciones del desarrollo.

4. *El desarrollo como dinámica de pérdidas y ganancias*: El desarrollo, para la teoría del ciclo vital, implica siempre pérdidas y ganancias, crecimiento o incremento y declive o decadencia.

5. *Selección, Optimización, Compensación*: La selección implica direccionalidad a la hora de elegir metas; la optimización implica maneras alternativas para conseguir el resultado deseado; y la compensación es la respuesta adaptada a las pérdidas de los recursos para mantener niveles deseados de funcionamiento.

6. *Plasticidad*: Hace referencia a la variabilidad intraindividual, la capacidad para cambiar hacia formas de conducta o desarrollo diferentes de las que ya posee la persona.

7. *Contextualismo ontogenético e histórico como paradigma*: Los diferentes factores biopsicosociales por sí mismos no son los reales causantes del cambio, sino las relaciones que puedan existir entre dichos factores.

8. *El estudio del desarrollo es multidisciplinar*: En el concepto de desarrollo intervienen factores biológicos, histórico-sociales y psicológicos, por lo que debe estudiarse desde múltiples disciplinas.

Como conclusión, no hay teorías completas sobre el envejecimiento, sino que cada una responde a cuestiones o problemas específicos. El envejecimiento entraña innumerables interrogantes, en el sentido de que no hay una sola causa del mismo y es posible que varios mecanismos operen simultáneamente, y, de la misma manera, el envejecimiento es un proceso multidimensional en sus manifestaciones. En la actualidad, se ha producido una nueva conceptualización en la aproximación al estudio del envejecimiento. Así, ya no se plantea el envejecimiento como una fase del ciclo vital caracterizado por la degeneración, la desestructuración, el enfermar y el declinar en las funciones alcanzadas en etapas precedentes, fundamentalmente la etapa joven-adulta. El envejecimiento se plantea ahora como una etapa de cambios, de permanente transformación del cuerpo, la conducta, la experiencia, los roles y las actividades (Birren y Bengtson, 1998). No sólo se contempla el envejecimiento como una etapa de posibles ganancias, enriquecimiento personal y bienestar, sino que además los avances sanitarios permiten hoy prevenir, retrasar, revertir o incluso curar muchos de los principales riesgos, deterioros y problemas asociados a la edad. Además, debemos prestar particular atención no sólo a los procesos generales, sino al particular envejecer de cada persona para entender la gran diversidad y heterogeneidad de este proceso.

Si tenemos en cuenta todas las teorías existentes que tratan el proceso de envejecimiento, el enfoque psicológico implica una visión más amplia, ya que tiene en cuenta la interacción de fenómenos psicológicos y biológicos así como con el contexto social y cultural. Esto se debe a que todo tiene un papel importante en el desarrollo del individuo como persona y su relación y adaptación al medio en el que vive, pero desde este marco, los aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales, actitudinales, la personalidad, la conducta y las estrategias de manejo y afrontamiento adquieren mayor relevancia para explicar la experiencia personal del envejecimiento, a nivel psicológico, fenomenológico o subjetivo y funcional. La perspectiva psicológica da una mayor importancia al papel activo de la persona, ya que es ella la que dirige su vida y la enfoca hacia la búsqueda del bienestar, siendo capaz de cambiar y adaptarse a las distintas situaciones que van teniendo lugar en esta de forma exitosa.

En cualquier caso, lo que es indudable es que cómo sea el proceso de envejecimiento, cómo la persona se ajuste a él y cómo la persona maneje las nuevas demandas en esta etapa de la vida va a influir en su bienestar, su calidad de vida y su felicidad.

CAPÍTULO 2:

Envejecimiento Positivo y Bienestar Subjetivo

*“Buscamos la felicidad, pero sin saber dónde,
como los borrachos buscan su casa, sabiendo que tienen una”*

Francois-Marie A. Voltaire

Actualmente el estudio del envejecimiento exitoso ha despertado un gran interés científico, social y político, surgiendo así un nuevo paradigma (Pruchno et al., 2010) que no se centra en las características de carácter patológico del envejecimiento sino en aquellas que hacen que exista un envejecimiento satisfactorio, positivo o de éxito (Aldwin et al., 2007; Ballesteros, 2007; Fernandez- Ballesteros, 2008, 2009; Vaillant, 2002; Wykle et al., 2005). El envejecimiento positivo es un concepto bastante nuevo, sinónimo de otros conceptos de *envejecer bien* como envejecimiento saludable, activo, productivo, exitoso, satisfactorio y óptimo (Fernández-Ballesteros, 2008).

1. Acercándonos al Estudio del Envejecimiento Positivo

Como resultado de las actuales perspectivas positivas de la salud, el bienestar, la calidad de vida y la capacidad de funcionamiento a partir de la edad adulta, se considera que deben tenerse en cuenta las dimensiones propias de estos estados de forma más amplia que sólo observando la ausencia de enfermedad, mortalidad, discapacidad y sufrimiento (Drewnowski y Evans, 2001). Por ello, se ha propuesto que se defina el envejecimiento exitoso desde sus propias dimensiones positivas, considerando aspectos como la capacidad personal de desarrollarse y de disfrutar de las actividades, roles y responsabilidades cotidianas, el estado de salud y funcionamiento, el bienestar físico, emocional, mental y social, etc.

El término envejecimiento exitoso fue inicialmente propuesto por Havighurst en 1963 para diferenciar a aquellos mayores con mejor y peor funcionamiento con el paso de la edad en función de su capacidad para adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Desde que se acuñara el término, se han hecho muchos intentos para establecer en qué consiste el envejecimiento exitoso u óptimo y en qué se diferencia del normal o del no exitoso o patológico.

Rowe y Kahn (1987) sugirieron que el envejecimiento exitoso conlleva una baja probabilidad de enfermedad, discapacidad asociada y factores de riesgo, alto

funcionamiento físico y cognitivo-mental y alto compromiso con la vida y participación en actividades sociales y productivas y, por tanto, podía establecerse a partir de criterios objetivos de éxito. Atendiendo a estos criterios, pueden establecerse tres perfiles generales de envejecimiento: Un envejecimiento exitoso, con ausencia de alteraciones incapacitantes; un envejecimiento usual, más frecuente, asociado a patologías no graves y no invalidantes; y un envejecimiento negativo asociado a enfermedad e invalidez con necesidad de ayuda para las tareas de la vida diaria. De esta forma, se propuso distinguir entre los cambios, deterioros o déficit que limitan de forma importante el funcionamiento óptimo y los cambios normales que aparecen con la edad que no tienen un impacto importante en nuestro bienestar y funcionamiento. Rowe y Kahn (1987, 1998) subrayaron que los individuos pueden desplegar esfuerzos para tener un buen envejecimiento, y esta idea pervive en la actualidad. Con posterioridad, se ha añadido a este modelo un cuarto factor, espiritualidad positiva, que podría ayudar a entender más completamente el bienestar completo de los mayores (Crowder et al., 2002). Sin embargo, otros autores dan una mayor importancia a la valoración subjetiva y al estado de bienestar percibido por el mayor, y no establecido mediante indicadores objetivos, como factores clave de un envejecimiento positivo (Keith et al., 1990; Lher, 1982).

Por otro lado, Palmore (1979, 1995) señaló que para definir de forma completa el envejecimiento positivo hay que tener en cuenta la longevidad, la salud y la ausencia de discapacidad y la satisfacción con la vida. Una visión más amplia la tienen Baltes y Carstensen (1996), para quienes el envejecimiento con éxito viene definido por salud física y mental, habilidades funcionales, satisfacción con la vida, apoyo social percibido y compromiso social. Otros consideran que la salud (Briton et al., 2008), las habilidades de afrontamiento (Fisher, 2002) o la actividad y productividad social los elementos más importantes de este (Siegrist et al., 2004).

Sin embargo, existen otros autores que dan una mayor importancia al proceso definido como envejecimiento y no a los resultados que se esperan de este. Así, por ejemplo, Williams y Wirths (1965) consideran que el envejecimiento positivo es un proceso adaptativo en el cual se desarrollan capacidades de resolución de problemas y

minimización de déficit. Para otros autores, el envejecimiento exitoso es más un proceso de adaptación positiva y eficaz a los cambios asociados a la edad que un estado final (Baltes y Baltes, 1990). Para Baltes y colaboradores, tres procesos adaptativos permiten el envejecimiento exitoso, es decir, un equilibrio positivo entre los déficit y las ganancias asociadas al paso de la vida: La selección, la optimización y la compensación. Schulz y Heckhausen (1996) señalaron que, dentro de una perspectiva completa del ciclo vital y considerando el contexto biológico y sociocultural del individuo, el envejecimiento exitoso se relacionaba estrechamente con la capacidad de ejercer control (primario y secundario) sobre los cambios y desafíos con los que se va encontrando la persona, y lo caracterizaron mediante tres tipos de criterios que representarían el curso vital óptimo: Como criterio primario, buen funcionamiento físico y ausencia de incapacidad o discapacidad; como criterio secundario, habilidades generales cognitivas, mentales y sociales para un buen funcionamiento y bienestar general; y como criterio terciario, habilidades específicas para la acción en dominios específicos de funcionamiento.

Por último, la OMS (2002) define el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, tanto a nivel individual como comunitario, en orden a mejorar la calidad de vida, la esperanza de vida saludable y el bienestar en la vejez, en base a los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores. "Activo" se refiere a la participación continuada en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos de los mayores a nivel familiar, comunitario y nacional, y no sólo a la capacidad de mantener actividad física o productiva. Un envejecimiento activo permite a los individuos realizar su potencial para el bienestar físico, mental y social durante el ciclo vital y para su participación en la sociedad, además de asegurar una adecuada protección, seguridad y cuidados cuando sean necesarios. La OMS destaca el papel de ciertos determinantes individuales y supraindividuales del proceso de envejecimiento activo, incluyendo factores psicológicos, como el funcionamiento cognitivo, la autoeficacia, la capacidad de afrontamiento y ajuste y los comportamientos saludables (fundamentalmente relacionados con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias, la higiene y los comportamientos sanitarios), factores sociales,

incluyendo relaciones positivas y apoyo social, factores biológicos y genéticos, factores económicos (e.g., nivel de ingresos, trabajo y protección social) y factores culturales y contextuales (e.g., sistemas sanitarios, servicios sociales, políticas de actuación, contexto físico). Entre todos ellos, la OMS destaca la importancia de los hábitos saludables, pues permitirán promocionar el estado de salud de los individuos y reducir el impacto de las enfermedades crónicas y los principales riesgo de salud a esta edad, incrementar la autonomía, independencia y bienestar subjetivo de los mayores, mejorar su participación a nivel familiar y social y reducir los gastos sociales y sanitarios asociados al envejecimiento. La OMS (2002) también subraya la importancia de considerar el ciclo vital completo, destacando la importancia de las influencias de las experiencias vitales anteriores en la manera de envejecer de las personas. Ello se traduce en la necesidad de reconocer la amplia diversidad y heterogeneidad de los procesos de envejecimiento, diversidad que aumenta con la edad.

Debido a la diversidad de definiciones y criterios, Bowling y Dieppe (2005) realizaron una revisión de la literatura hasta el momento sobre el envejecimiento positivo incluyendo aproximaciones de naturaleza biomédica y psicosocial así como mixtas e indicadores tanto objetivos como percepciones subjetivas. Encontraron que existían grandes similitudes entre todas estas aproximaciones, aunque las percepciones subjetivas eran más comprensivas y multidimensionales. Los principales criterios para definir envejecimiento exitoso fueron, a nivel biomédico: Optimización de la esperanza de vida y minimización del deterioro físico y mental y la discapacidad (ausencia de enfermedades crónicas y de factores de riesgo, buena salud, altos niveles de funcionamiento físico, mental y cognitivo independiente, movilidad), y a nivel psicosocial: Alta satisfacción vital y felicidad, apoyo social, participación y funcionamiento social y recreativo, recursos psicosociales (como autoeficacia, controlabilidad, autonomía, independencia, adaptabilidad, capacidad de afrontamiento, autoestima, optimismo, metas, etc.) y desarrollo personal. Las percepciones subjetivas destacaron, además de la salud y buen funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y social, la satisfacción con la vida, el sentido de propósito, seguridad económica, capacidad de seguir aprendiendo, alcanzar metas, apariencia física, productividad, contribución a la vida, sentido del humor y espiritualidad.

Además, en una encuesta informada por los autores se encontró que mantenerse activo e implicado en la vida era muy importante para los mayores.

Peel et al. (2005) realizaron también una revisión de la literatura y encontraron que los criterios que se utilizaban más frecuentemente para definir el envejecimiento saludable eran: Supervivencia, alto nivel de funcionalidad, buena salud física y mental-cognitiva, independencia, ausencia de discapacidad y diferentes indicadores de bienestar físico, psicológico y social. Estos autores encontraron que entre un 13 y un 49% de los mayores podrían mostrar una trayectoria de envejecimiento saludable. En esta revisión también se establecieron los determinantes conductuales, y por tanto modificables, de un envejecimiento saludable y exitoso: No fumar, beber con moderación, mantener una adecuada dieta, no tener sobrepeso u obesidad, hacer ejercicio físico y mantener conductas sanitarias adecuadas fueron predictores de un envejecimiento positivo. A estos factores conductuales se puede añadir un elevado nivel de actividad diaria (i.e., actividades de la vida cotidiana y recreativas), utilizando como indicadores de envejecimiento saludable el estado de bienestar subjetivo, el funcionamiento físico y cognitivo y la mortalidad (Menec, 2003).

Asimismo, Depp y Jeste (2006) revisaron la literatura buscando los principales correlatos de un envejecimiento exitoso y señalaron que entre las diversas clasificaciones se incluyen por lo general los siguientes elementos: Edad (más joven), salud percibida y ausencia de enfermedades crónicas severas y de discapacidad, deterioro cognitivo o depresión, hábitos saludables (no fumar, actividad física) y apoyo social, mientras que las condiciones sociodemográficas como sexo, nivel educativo o socioeconómico o estado civil no parecen tener un impacto importante en la trayectoria de envejecimiento. Para estos autores, existen 10 criterios principales para un envejecimiento saludable: La capacidad funcional y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo, participación en actividades sociales y productivas, ausencia de enfermedad, longevidad, buena salud percibida, aspectos de personalidad, recursos económicos y ambientales y autoevaluación positiva de un envejecimiento con éxito. Finalmente, establecieron

que, sintetizando la literatura, aproximadamente un tercio de los mayores (35.8%) como promedio presentan un envejecimiento exitoso.

Este porcentaje de ancianos exitosos puede disminuir drásticamente cuando se considera la cuarta edad (i.e., a partir de 85 años). Por ejemplo, Von Faber et al. (2001) encontraron que sólo el 10% de los participantes en su estudio podían ser considerados como exitosos considerando todos los criterios establecidos (i.e., un estado óptimo de funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social y un estado elevado de bienestar personal, incluyendo calidad de vida, satisfacción vital y soledad), aunque cerca de la mitad tenían un buen estado de bienestar personal. Más recientemente, McLaughlin et al. (2010) han señalado que las personas de 75 años o más, comparadas con los mayores más jóvenes, tienen un 70% menos de posibilidades de experimentar un envejecimiento exitoso. La cuarta edad es cada vez una realidad mayor y requiere un abordaje específico, porque puede suponer grandes diferencias respecto a momentos previos de la adultez tardía (Baltes y Smith, 2003).

En población española, Fernández-Ballesteros y colaboradores han tratado igualmente de establecer cuáles son las características de una trayectoria exitosa de envejecimiento. Así, considerando una muestra de mayores de entre 55 y 75 años, Fernández-Ballesteros et al. (2010, 2011) consideraron diversos indicadores para valorar las trayectorias de envejecimiento, incluyendo diferentes indicadores de salud objetivos y subjetivos, funcionamiento cognitivo, independencia para actividades de la vida cotidiana, ocio, productividad y satisfacción vital, además de combinaciones de los mismos. Encontraron que las variables que más potentemente predecían dichos indicadores de éxito y sus combinaciones fueron: Hábitos saludables (alcohol, actividad física), estado de fitness, capacidades cognitivas, balance afectivo, autoeficacia, neuroticismo y extraversión y apoyo social, además de características socio-demográficas como la edad, sexo, nivel educativo y nivel de ingresos. Establecieron que, dependiendo del criterio utilizado, entre un 27 y un 80% de los participantes presentaría un envejecimiento positivo, obteniéndose los mayores porcentajes cuando se usaron criterios subjetivos de éxito. Cuando se consideraron combinaciones de estos criterios, esta cifra bajó a entre un 15.5 y un 41.5%. Otras configuraciones de

criterios y predictores arrojaron diferencias mínimas, pero los porcentajes cambiaron ligeramente: Cuando se utilizaron sólo criterios simples objetivos, entre un 18.6 y un 63.5% de participantes pudieron ser considerados como mayores exitosos, mientras que cuando se consideraron criterios simples subjetivos, estas cifras se elevaron a entre el 16.3 y el 80%; considerando ambos tipos de criterios, un 27.9% de participantes demostró un patrón de envejecimiento positivo (Fernández-Ballesteros, 2011), cifra que concuerda con informes anteriores (Peel et al., 2005; Deep y Jeste, 2006).

Cuando se consideran medidas de bienestar subjetivo, tres dimensiones parecen ser especialmente relevantes para hablar de un envejecimiento exitoso: Estado físico, crecimiento continuo y recursos sociales. A su vez, estas dimensiones se asocian a factores como una edad menor, mejor percepción del estado de salud, mayor nivel educativo y de ingresos, menor soledad y mayor esperanza (Steverink et al., 2001). Por su parte, Ryff (1989a, 1989b) propone seis criterios de un envejecimiento exitoso: La autoaceptación, el crecimiento personal, la autonomía, las relaciones positivas con los demás, las percepciones de controlabilidad y dominio del entorno y el propósito en la vida, que son los componentes del bienestar psicológico en su modelo (Ryff, 1995; Ryff y Keyes, 1995, 2003). Los mayores señalan además como muy importantes para su bienestar tener un buen sentido del humor, disfrutar la vida y aceptar el cambio (Ryff, 1989b).

Generalmente estos estudios son de tipo longitudinal prospectivo e incluyen períodos de tiempo variable de seguimiento de los mayores, pero habitualmente la primera evaluación se realiza cuando la persona o adulta o ya mayor. Un estudio evaluó a personas en la adolescencia y las siguió durante 60 años o hasta su muerte (Vaillant y Mukamal, 2001). Encontraron que, si se controlaban los 7 factores comportamentales evaluados (abuso de alcohol, consumo de tabaco, estabilidad marital, actividad física, índice de masa corporal, estrategias de afrontamiento y nivel educativo) sólo 1 de los factores incontrolables (depresión) era capaz de predecir el envejecimiento saludable de los mayores a la edad de 70-80 años, evaluado mediante indicadores tanto objetivos (estado de salud física, muerte y discapacidad antes de los

80 años, apoyo social y salud mental) como subjetivos (actividades instrumentales de la vida cotidiana y disfrute de la vida).

Sin embargo, los propios mayores construyen sus significados sobre el envejecimiento en general y envejecimiento saludable en particular (Levy, 2003). Phelan et al. (2004) encontraron que los mayores tienen concepciones multidimensionales del envejecimiento y del envejecimiento exitoso. En este estudio, el 90% indicó haber pensado sobre qué eran estos fenómenos y 2/3 señalaron que sus concepciones cambiaron en las últimas dos décadas de su vida, debido a sus experiencias directas. Los participantes incluyeron como criterios de éxito un buen estado de salud y funcionamiento físico, mental y social, pero también señalaron como importantes la percepción de autonomía y control y la capacidad de afrontamiento. Además, no encontraron diferencias cuando compararon las creencias de participantes de origen japonés y caucásico (los últimos incluyeron también la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas). Cuando se considera el informe subjetivo de los propios mayores sobre su trayectoria de envejecimiento, los mayores señalan que un envejecimiento saludable consiste en que lo que se haga tenga significado personal, para lo que se requiere hacer cosas que merezcan la pena, equilibrio entre demandas y capacidades, recursos externos apropiados y una actitud general positiva (Bryant et al., 2001). Los mayores señalan de hecho que un envejecimiento positivo no es tanto un estado como un proceso de adaptación, y valoran sobre todo las dimensiones de bienestar personal y funcionamiento social por encima del estado de salud físico y mental (Von Faber et al., 2001).

En un estudio multicultural, Fernández-Ballesteros et al. (2008) encontraron bastante consenso entre los mayores de diferentes países respecto a qué era un envejecimiento positivo, aunque también algunas diferencias culturales. Considerando como criterio un 75% de acuerdo, encontraron la siguiente percepción de envejecimiento positivo: Tener buena salud, gozar de una elevada satisfacción con la vida, tener amigos y familiares, tener buena capacidad de ajuste a los cambios y tener capacidad para autocuidarse. En un posterior reanálisis de los datos (Fernández-Ballesteros, 2012) dividiendo la muestra en dos grupos según la edad (de 50 a 80 años

y de 80 a 100 años), encontraron bastante acuerdo entre ambos grupos. Considerando un criterio de acuerdo del 90%, aparecieron como características comunes en las definiciones de envejecimiento satisfactorio: Salud física y mental e independencia, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y control, participación social, y sólo aparecieron diferencias para seguir aprendiendo, seguir trabajando y planes y metas de futuro, que fueron señalados menos frecuentemente por los participantes más mayores. Para todos, vivir bien no fue sinónimo de longevidad (vivir más).

Utilizando estas construcciones personales de envejecimiento positivo, el porcentaje de mayores con esta trayectoria se eleva a aproximadamente el 50%, pues no somos tan exigentes con cumplir las características "objetivas" para entender que tenemos un envejecimiento positivo (e.g., podemos padecer enfermedades crónicas o cierta discapacidad); cuando se consideraron los criterios objetivos de Rowe y Kahn (1987) en este estudio, sólo el 18.8% de los participantes pudieron ser considerados como exitosos (Strawbridge et al., 2002). El porcentaje puede ser de hasta un 75% (Bowling y Dieppe, 2005), y algunos han encontrado incluso que prácticamente todos los mayores (92%) consideran tener un envejecimiento positivo cuando se consideran indicadores subjetivos (Montross et al., 2006). Las concepciones positivas se han asociado a una menor reactividad cardiovascular, mientras que las concepciones negativas actúan como estresores para el mayor (Levy et al., 2000). Estas construcciones personales sobre el envejecimiento predicen conductas como la búsqueda de ayuda médica (Sarkisian et al., 2002) así como la salud y la longevidad del adulto mayor, controlados otros factores relevantes: Aquellos con concepciones más positivas sobre su envejecimiento tienen mejor salud funcional, siendo la percepción de control una variable mediadora parcial en esta relación, y viven hasta 7.5 años más que los que tienen concepciones más negativas (Levy et al., 2002a, b).

Por ello, es importante considerar no sólo los criterios de *expertos* a la hora de definir el envejecimiento positivo sino también reconocer, valorar y considerar la existencia de múltiples concepciones y formas de envejecimiento exitoso según las personas que lo viven, los significados que les otorgan y sus expectativas y deseos (Phelan y Larson, 2002; Scheidt et al., 1999; Pruchno et al., 2010).

Recientemente, Pruchno et al. (2010) han formulado un modelo mixto de envejecimiento exitoso que incluye tanto indicadores objetivos (tener pocas enfermedades crónicas, tener una amplia capacidad funcional, tener poco o ningún dolor) y subjetivos (experiencia subjetiva del proceso de envejecimiento considerando la valoración de cómo de bien está envejeciendo la persona, cómo de exitosa es su experiencia personal del envejecimiento y cómo de positiva es su vida en la actualidad) para identificar cómo se siente la persona mayor con respecto a la totalidad de su envejecimiento en un momento determinado de su vida en esta etapa considerando la enorme complejidad de este fenómeno, independientemente de la edad de la persona. Encontraron que los indicadores objetivos y subjetivos sólo correlacionaban a $r= 0.60$.

Por otra parte, se ha enfatizado que es necesario distinguir de forma unánime entre los indicadores de envejecimiento y los predictores del mismo, pues hasta la fecha se han utilizado de forma mezclada y ello complica entender completamente la relación entre ambos (Bowling y Dieppe, 2005; Glatt et al., 2007; Phelan y Larson, 2002; Pruchno et al., 2010). Por ejemplo, Pruchno et al. (2010) han propuesto que funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico y funcionamiento social sean considerados predictores, y no indicadores, de envejecimiento exitoso.

Por tanto, el estudio del envejecimiento positivo se centra en maneras saludables y positivas de envejecer, para que así la persona pueda conseguir una óptima calidad de vida, favoreciéndose así la presencia de niveles elevados de felicidad (bienestar subjetivo) y satisfacción vital. Como se ha podido comprobar, muchas definiciones de envejecimiento positivo utilizan como indicadores del mismo variables relacionadas con el bienestar subjetivo. Por otra parte, todas estas propuestas se basan en considerar no solamente que el envejecimiento exitoso es multidimensional y multifactorial, y que se deben considerar tanto marcadores objetivos como subjetivos a nivel biopsicosocioambiental, sino que existen diversas trayectorias, variadas y heterogéneas, de envejecimiento y de envejecimiento positivo, y la edad y el sexo pueden tener cierta influencia, aunque los resultados no son concluyentes (Fernández-Ballesteros, 2011; Montross et al., 2006; Pruchno et al., 2010). Además,

todas las propuestas señalan la relevancia de considerar una perspectiva completa del ciclo vital desde propuestas como las de Ryff (1982) y Schulz y Heckhausen (1996).

Como señalan Bowling y Dieppe (2005), alcanzar un patrón de envejecimiento exitoso que cubra todos los criterios propuestos es irrealista para la mayoría de las personas, pero debe ser considerado como un estado ideal que debe ser situado en un continuo de logro en vez de ser evaluado de forma simplista y dualista en términos de éxito o fracaso.

Para promover un envejecimiento positivo, exitoso, saludable y activo en los mayores, será necesario identificar aquellas variables que lo determinan, con el fin de crear intervenciones destinadas a promocionar un envejecimiento positivo y enriquecedor.

2. Envejecimiento y Bienestar

Como hemos visto, tradicionalmente el estudio del envejecimiento enfatizaba casi exclusivamente las variables biológicas, aquellas referidas al estado de salud de la persona, centrándose en las patologías y en el nivel de deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores (Fernández-Mayoralas et al., 2003, Zamarrón, 2000). Siguiendo el mismo patrón, durante muchos años la Psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad humana, llegando a identificar y casi confundir Psicología con psicopatología (Vera, 2006). Este fenómeno ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico que ha sesgado ampliamente el estudio de la mente y la conducta humana (Vera, 2006). Así, la focalización exclusiva en lo negativo que ha dominado la Psicología ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que había olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), adoptando una visión pesimista de la naturaleza humana (Gilham y Seligman, 1999). Se olvidaron de que algunos aspectos positivos como el bienestar, la felicidad, el optimismo, la satisfacción vital, la autoeficacia, el humor, etc. provocaban beneficios en la persona (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por eso, con el objetivo de investigar las cualidades y virtudes

humanas y los efectos positivos que estas tienen en el ciclo vital de las personas surge la Psicología Positiva (Seligman, 1998).

La Psicología Positiva no es sino un área de la Psicología, que, con la misma rigurosidad científica que esta, focaliza su atención en un campo de investigación e interés distinto al adoptado tradicionalmente: Las cualidades y características positivas humanas. El objetivo de la Psicología Positiva es, por tanto, encontrar las virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar (Seligman, 1998).

Es en este contexto donde la Psicología Positiva empieza a poner énfasis en los aspectos positivos descuidados por la Psicología clásica. La felicidad y el bienestar, junto al balance afectivo y la satisfacción vital, son las variables psicosociales más importantes dentro de la Psicología Positiva, y, a su vez, ocupan los primeros puestos de los valores vitales, lo que provoca tener expectativas de encontrarlos a lo largo de nuestras vidas (Godoy-Izquierdo et al., 2009). Por ello, desde el inicio de la humanidad, han sido muchos los pensadores y científicos (principalmente psicólogos y sociólogos) los que se han dedicado a comprender estos conceptos y a encontrar cuáles son sus variables características, sus causas y sus efectos. Actualmente, la felicidad es un concepto de gran interés social y científico y es estudiado desde campos muy diferentes y desde paradigmas, modelos y teorías diversos (Godoy-Izquierdo et al., 2008).

2.1. El Concepto de Felicidad o Bienestar Subjetivo

Uno de tales marcos teóricos es el Modelo de Bienestar Subjetivo de Diener (Diener, 1984; Diener y Diener, 1996; Diener y Suh, 1997; Diener y Lucas, 1999; Diener et al., 1999). Para Diener, el concepto de felicidad o bienestar es algo más amplio que la satisfacción vital, la salud mental, la experimentación de emociones positivas o la calidad de vida. Aunque estos conceptos han sido tratados en ocasiones como sinónimos, se podría decir que el bienestar subjetivo es un término que, en gran medida, los engloba a todos (Diener y Diener, 1996). Debido al gran parecido

conceptual de estos, Diener en 1984 propone como término englobador el concepto de Bienestar Subjetivo, creando así un modelo explicativo que ayuda a entender las valoraciones que hacen las personas de sus vidas y como estas influyen en su felicidad (Diener et al., 1999, 2009).

Diener define el concepto de felicidad o bienestar subjetivo como las interpretaciones y juicios que las personas hacen sobre su propia vida, sus circunstancias y sus emociones (Diener y Diener, 1996; Diener y Suh, 1997; Diener y Lucas, 1999). Dichos juicios se refieren concretamente a la valoración que la persona hace de su estado emocional y de su vida en general. Durante décadas el bienestar subjetivo ha sido considerado como un concepto unitario, pero desde la propuesta de Diener (1984) es considerado un factor global formado por varios componentes diferentes, relacionados pero independientes, cada uno de ellos con un patrón único de asociaciones con diferentes variables (Diener, 1984; Diener y Lucas, 2000; Diener et al., 1999; Myers y Diener, 1995).

Balance afectivo (afecto negativo-afecto positivo) y satisfacción vital son los dos pilares esenciales de la felicidad en este modelo (ver Figura 2.1). El balance afectivo se refiere al estado resultante de la experimentación de emociones positivas (e.g., alegría, placer, euforia) y negativas (e.g., miedo, ira, tristeza) (Bradburn, 1969). Por ello, esta afectividad ha sido dividida en afecto positivo y afecto negativo. El balance afectivo positivo reflejaría tanto la experimentación frecuente de afecto positivo como la experimentación infrecuente de afecto negativo, mientras que el balance afectivo negativo implicaría justo lo contrario (Diener y Larsen, 1993). Por otro lado, la satisfacción vital sería la satisfacción personal en relación con diferentes facetas de nuestra vida y las condiciones en las que esta se desarrollase (Andrews y Withey, 1976; Campbell et al., 1976).

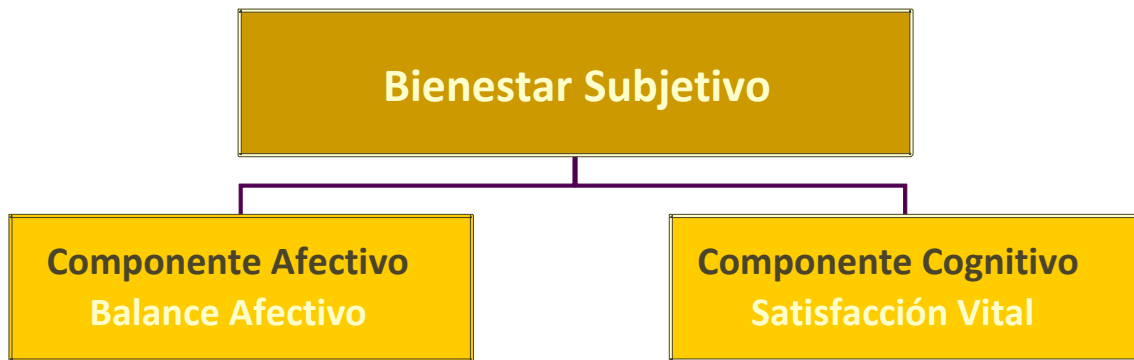


Figura 2.1. Felicidad y sus componentes, según el modelo de Diener.

Una persona se considera a sí misma feliz cuando está contenta con la vida que lleva, tiene numerosas emociones positivas duraderas y pocas y breves emociones negativas (Diener et al., 1995; Diener y Lucas, 2000). En el caso de la felicidad, se toma en consideración la satisfacción con la vida y las emociones positivas y negativas experimentadas a lo largo de un período de tiempo determinado. Así, la persona podría hacer una valoración de su nivel de satisfacción con su vida en base a las emociones que siente, y a la inversa, podría determinar el componente emocional de la evaluación sobre su vida considerando su grado de satisfacción con esta (Godoy-Izquierdo et al., 2008). A pesar de ello, satisfacción y afectividad, aún pudiendo estar relacionadas, deben ser entendidas como componentes diferentes (Diener y Lucas, 2000), es decir, el afecto negativo y la satisfacción vital son componentes independientes que se encuentran interrelacionados.

Según el modelo de Diener, el bienestar subjetivo es más o menos duradero y más o menos estable. La felicidad no es una emoción pasajera y puntual, ni un episodio emocional breve asociado a un evento concreto (Diener et al., 1999), sino que existe un punto estable (*set-point*) de felicidad individual alrededor del cual la felicidad varía en distintos períodos de tiempo (Diener y Diener, 1996; Suh et al., 1998). Pese a ello, las personas también reaccionan ante los acontecimientos inmediatos y puntuales que les afectan en sus vidas. Experimentar un acontecimiento muy positivo o muy negativo (si es valorado como tal por la persona), puede hacer que la persona experimente transitoriamente en mayor grado emociones positivas o emociones negativas (Godoy-

Izquierdo et al., 2009). No obstante, aún cuando dichos eventos y circunstancias de la vida son relevantes para el bienestar subjetivo durante un período de tiempo breve, no son tan relevantes cuando se considera dicho bienestar subjetivo de manera más prolongada y estable en el tiempo. Así, las personas podríamos reaccionar emocionalmente de manera fuerte a las circunstancias nuevas positivas o negativas de la vida, pero, con el tiempo, normalmente nos adaptamos a ellas y volvemos a nuestra línea base o *set-point* de bienestar subjetivo (Clark et al., 2004; Diener et al., 1995, 1999, 2006; Lucas et al., 2003; Suh et al., 1996).

Estas variaciones van a depender de factores personales (e.g., rasgos de personalidad, estilos emocionales o recursos personales) y situacionales (e.g., nivel económico, enfermedad o eventos vitales). Los factores personales van a ejercer una influencia mantenida, a largo plazo y estable; los factores situacionales podrían ejercer un impacto temporal, momentáneo, haciendo oscilar nuestro nivel de bienestar subjetivo hacia arriba o hacia abajo con respecto a nuestro punto estable (Diener y Diener, 1996; Suh et al., 1996). Así, los acontecimientos vitales y las diferentes situaciones que ocurren a lo largo de nuestra vida, ya sean positivas o negativas, afectan al estado de ánimo y a la felicidad a corto plazo, pero no a largo plazo, estimándose que, en general, de 3 a 12 meses después del evento o la situación, la persona se ha adaptado a su nueva condición lo suficiente como para que su felicidad no se resienta y vuelva a su estado de bienestar habitual (Diener et al., 1999).

Este modelo de bienestar subjetivo de Diener ha sido confirmado a nivel metodológico utilizando ecuaciones estructurales y otros tipos de análisis estadísticos. Se ha encontrado apoyo empírico tanto a la validez de constructo del bienestar subjetivo como a su estructura tripartita (afecto positivo, afecto negativo y satisfacción vital) (Arthaud-Day et al., 2005).

Por tanto, el bienestar subjetivo o felicidad (llamada así comúnmente) se refiere a la propia evaluación que las personas hacen acerca de sus vidas teniendo en cuenta tanto lo que piensan (componente cognitivo) sobre ella como lo que sienten (componente afectivo).

2.2 Correlatos de la Felicidad en Adultos Mayores

En los últimos años han aumentado las investigaciones que tienen como fin establecer los determinantes del estado de felicidad de las personas (e.g., Argyle, 1999; Diener et al., 1999). Warner Wilson en 1967 fue el primero en investigar los determinantes de la felicidad con metodología científica. Wilson concluyó que las personas felices eran personas de ambos sexos y todos los niveles de inteligencia, jóvenes, con niveles educativos altos, con trabajos bien remunerados y con alta motivación hacia el trabajo, sanos, religiosos, con valores morales, casados, con aspiraciones moderadas, con alta autoestima, optimistas, sin preocupaciones y extrovertidos. Estas conclusiones se mantuvieron durante mucho tiempo, pero más recientemente, las investigaciones han demostrado que factores sociodemográficos como los anteriores no explican en la medida en que se suponía las diferencias en felicidad. En contraposición a las primeras formulaciones, Diener y sus colaboradores concluyen que la persona feliz es aquella con un temperamento positivo y extrovertido, que tiende a mirar el lado bueno de las cosas, a no rumiar demasiado acerca de los acontecimientos negativos y que posee recursos suficientes para luchar por la consecución de sus objetivos (Diener et al., 1999). De ahí que actualmente exista un gran acuerdo con respecto a que las características de la persona (e.g., rasgos de personalidad, estilos cognitivos, arquitectura neuroquímica, estilos de funcionamiento, variables cognitivo-motivacionales, actitudinales, y afectivo-emocionales) tienen un mayor impacto en los niveles de felicidad -cuando se entienden como estables y generalizables- que las condiciones de vida o las circunstancias puntuales de la vida. Andrews y Withey (1976) concluyeron que el efecto de los factores sociodemográficos es francamente débil y sólo explica un 10% de los niveles de felicidad, mientras que otros autores sugieren que explicaría como mucho el 15% (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Diener y Suh, 1998). El porcentaje restante estaría explicado en gran medida por variables de tipo psicosocial o personal.

i) Variables Sociodemográficas

Edad

La edad ha sido una de las variables sociodemográficas más estudiada en relación con la felicidad (Argyle, 1999; Diener et al., 1999), tanto por su influencia en las variables psicosociales que pueden relacionarse con esta como por los cambios y modificaciones que pudieran producirse durante el ciclo vital. Desde el estudio inicial de Wilson (1967), en el que la juventud se proponía como una fuente de felicidad, diversos estudios han señalado que no parece tener un impacto relevante en el bienestar subjetivo y que existe una elevada estabilidad en los autoinformes de felicidad incluso para períodos de tiempo prolongados (Inglehart, 1990; Diener, 1984; Myers y Diener, 1995; Diener et al., 1999). En este sentido, en una revisión de diversos estudios internacionales realizados con muestras grandes representativas de EEUU y Europa hasta la década de 1990, Diener y Suh (1998) estudiaron la relación bienestar subjetivo-edad en unos 60000 adultos de 40 países diferentes y encontraron que la satisfacción vital se mantuvo bastante estable conforme aumentaba la edad, incluso con una tendencia a aumentar ligeramente con el paso de la edad.

Otros estudios han informado también que las personas mayores son más felices que las más jóvenes y de incrementos en la felicidad desde la adultez a la vejez, incluso si se considera que ciertas condiciones objetivas que correlacionan con la felicidad, como el estado de salud, civil o económico, son peores entre las personas de mayor edad (Blanchflower y Oswald, 2008; Diener et al., 2009; Diener y Suh, 1998; Ehrlich y Isaacowitz, 2002; Hamarat et al., 2002; Jopp y Rott, 2006; Lacey et al., 2006; Lachman et al., 2008; Singer et al., 2007; Stone et al., 2010). A este fenómeno se le ha llamado "la paradoja" de la felicidad (Diener et al., 1999; Kunzmann et al., 2000; Schilling, 2006). Estudios internacionales han demostrado que alrededor de los 40 años la felicidad tiende a disminuir tanto en hombres como en mujeres, mientras que en los 50 años tiende a aumentar de nuevo y puede alcanzar niveles cercanos a los obtenidos antes de mediados de la edad adulta o incluso por encima de esos niveles (Blanchflower y Oswald, 2008; Godoy-Izquierdo, 2009; Stone et al., 2010). Por lo tanto, parece que la curva de la felicidad a lo largo de la vida tiene forma de U (aunque hay

que subrayar que los cambios en la misma son muy ligeros) y que el bienestar subjetivo podría aumentar conforme avanza la edad, y esta curva se ve mínimamente alterada cuando se consideran covariables potenciales (Blanchflower y Oswald, 2008; Stone et al., 2010). Sin embargo, algunos investigadores han criticado el perfil en forma de U argumentando problemas metodológicos, demostrando que este perfil no es tan claro cuando las variables relevantes no son controladas o no son controladas de forma apropiada (Glenn, 2009; Lelkes, 2008).

También se ha propuesto que el balance afectivo tiende a ser más negativo con la edad, con una pequeña disminución en el afecto positivo y un pequeño aumento en el afecto negativo. Estos cambios se incrementan a medida que avanza la edad y parecen ser independientes de las condiciones de vida (Charles et al., 2001; Diener y Suh, 1998; Godoy-Izquierdo et al., 2009; Kunzmann et al., 2000; Pinquart, 2001). Sin embargo, los resultados no son concluyentes (Carstensen et al., 2000; Charles et al., 2001; Ehrlich y Isaacowitz, 2002; Kunzmann et al., 2000; Stone et al., 2010; Winsor y Anstey, 2010) e incluso se ha propuesto que estos cambios son independientes de la edad (Isaacowitz y Smith, 2003). Por el contrario, la satisfacción con la vida aumentaría paralelamente, resultando en una estabilidad del bienestar subjetivo (Diener y Suh, 1998; Godoy-Izquierdo et al., 2008; Stone et al. 2010). Además, parece existir una mayor estabilidad entre los individuos más mayores (Erhardt et al., 2000).

En contraposición, la vejez también ha demostrado ser una etapa de la vida más infeliz en comparación con etapas anteriores. Chen (2001) encontró una correlación negativa entre la edad y la satisfacción con la vida en mayores de 60 años y lo mismo fue demostrado por Fernández-Ballesteros et al. (2001) en población española. Otros estudios han demostrado un patrón curvilíneo con forma de U invertida, con una disminución de la felicidad a medida que avanza la edad, especialmente después de cumplir 65 años (Mroczek y Kolarz, 1998; Lang y Heckhausen, 2001; Lelkes, 2008; Schilling et al., 2013). Estos resultados se han obtenido después de controlar las variables relevantes, incluida la salud. Por ello, los mayores más mayores (i.e., a partir de 75 años) serían los que menos felicidad informarían, principalmente debido al estado de salud negativo y a las limitaciones en

la vida cotidiana asociadas (Cho et al., 2011; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Smith, 2001). Los estudios longitudinales tienden a mostrar claramente esta caída en los niveles de felicidad en la adultez tardía (Baird et al., 2010; Mroczek y Spiro, 2005). Este descenso depende también de factores psicosociales, como rasgos de personalidad, el estado de salud o la situación marital o de apoyo social en general, pero parecen ser independientes de los efectos de cohorte. También parecen depender de la proximidad de la muerte: Se ha encontrado que 3-5 años antes de fallecer, los ancianos muestran un deterioro en su bienestar subjetivo (Gerstorf et al., 2010).

De hecho, la adultez tardía y la vejez no son percibidas como períodos felices cuando nos preguntan de jóvenes, y se piensa que sólo será un periodo más feliz si lo comparamos con las etapas que rodean a la adolescencia (Diener y Diener, 1995; Lacey et al., 2006). Además, si se pregunta retrospectivamente o se utiliza una perspectiva temporal, las personas suelen indicar en general que los momentos pasados en sus vidas fueron más felices que los actuales (Kennedy et al., 2004; Lachman et al., 2008; Lacey et al., 2006; Röcke y Lachman, 2008).

Por lo tanto, aunque la literatura señala que las variables sociodemográficas como la edad, el sexo o la raza, combinadas no explican más del 10% de la felicidad (Diener et al., 1999), parece que existen variaciones en el bienestar subjetivo o en sus componentes, como el afecto positivo y negativo y la satisfacción vital, con el paso de los años y que los resultados son contradictorios en lo que respecta a la relación entre la edad y la felicidad. Podemos concluir que no existe un acuerdo unánime en la dirección de estas variaciones, aunque las investigaciones más recientes señalan un ligero decremento en la misma con el paso de la vida.

Género

La evidencia con respecto a la diferenciación de niveles de bienestar subjetivo entre hombres y mujeres en la adultez tardía son contradictorios, ya que la literatura muestra poca o ninguna diferencia (Diener et al., 1999). No obstante, existe evidencia de niveles algo mayores en el caso de los hombres en todas las edades e incluso que estos niveles han menguado más entre ellas que entre ellos en las últimas décadas

(e.g., Blanchflower y Oswald, 2004; Godoy-Izquierdo et al., 2009; Graham et al., 2004; Greenfield y Marks, 2004; Inglehart, 2002; Roysamb et al., 2002; Subramanian et al., 2005; Stevenson y Wolfers, 2009; Tesch-Römer et al., 2008; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Otros señalan mayores niveles de bienestar en las mujeres debido a su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad y la comparación social de las circunstancias objetivas que vive (Hicks et al., 2001; Pinquart, 2001). Por otra parte, existen evidencias de que el impacto del género en el bienestar subjetivo es indirecto, debido a que ejerce su influencia a través de otras terceras variables como el control percibido, el afecto o la satisfacción vital (Cardenal y Fierro, 2001; Hickson et al., 1988). Por ejemplo, parece que las mujeres son más expresivas a la hora de manifestar sus emociones y más sensibles a los acontecimientos relevantes que ocurren en sus vidas, lo que provoca que estas señalen ser más felices con una mayor frecuencia que los hombres (Lee et al., 1991). De esta manera, en general, la respuesta emocional positiva más intensa parece equilibrar su también más alto afecto negativo, lo que da lugar a unos niveles similares de bienestar subjetivo entre hombres y mujeres (Diener et al., 1999). En cualquier caso, los diferentes correlatos del bienestar subjetivo podrían tener una influencia diferente en unos y otras (Berg et al., 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2008).

Estado Civil

El estado civil es otra variable que puede influir en el bienestar del adulto mayor. En la literatura sobre el tema se asume que el estado civil es importante, no tanto por el hecho objetivo de ser soltero, casado, divorciado o viudo, sino porque está relacionado con el tipo de interacciones y relaciones sociales que se mantienen (Carmona, 2009). Diversos estudios han encontrado que las personas casadas informan de un mayor bienestar al compararlas con personas solteras, viudas o divorciadas (Diener y Suh, 1998; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Lelkes, 2008). García, (2007) encontró que al casarse o continuar casadas, las personas manifiestan ser más felices. Así, Pinquart y Sörensen (2000) señalan que los adultos mayores casados tienen mayor apoyo y validación por parte de su pareja, lo que hace que sean más felices que los divorciados o viudos; estos son más propensos a enfermar y, por

tanto, presentan mayores índices de mortalidad que los mayores casados. Pero hay que tener en cuenta, que para que el matrimonio influya aumentando los niveles de bienestar de la persona, es necesario que el matrimonio sea de calidad y un matrimonio feliz (Russell y Wells, 1994), de forma que los beneficios de estar casados están mediados por la satisfacción marital (Waldinger y Schulz, 2010). Se ha visto que existe una relación significativa entre la felicidad de los esposos y la felicidad matrimonial, siendo el equilibrio afectivo de la pareja y las gratificaciones mutuas un factor determinante para la estabilidad matrimonial (Roger y White, 1998). De manera contraria, las experiencias negativas y la afirmación del ego en la relación matrimonial actúan como factores de crisis e infelicidad (Hintikka et al., 1999).

Sin embargo, a esta edad la probabilidad de producirse la muerte del cónyuge es mayor. La muerte de la pareja es una fuente importante de depresión y en la revisión de los estresores vitales mayores propuestos por Holmes y Rahe tres décadas después del estudio de estos sigue apareciendo en la primera posición como evento más impactante y estresante (Holmes y Rahe, 1967; Miller y Rahe, 1997; Scully et al., 2000). En un estudio se ha encontrado que el 42% de las personas viudas se sitúa en la categoría de depresión «moderada a severa» comparado con el 10% de las personas casadas de la misma edad (Stroebe y Stroebe, 1987). Aunque a menudo se ha considerado que la viudez es la peor condición en términos de estrés, algunos estudios demuestran que estar divorciado o separado tiene un mayor efecto negativo sobre la felicidad (Myers y Diener, 1995; Myers, 2000). Los mayores más felices son de hecho los que viven con sus parejas, seguidos de los que viven solos y de los que viven con un/a hijo/a (Kehn, 1995).

Por tanto, el efecto del estado civil depende de la edad y de las aspiraciones y expectativas personales. Sin embargo, como se ha podido ver, numerosos estudios han demostrado que los ancianos casados o aquellos en relaciones estables son más felices que los solteros, los nunca casados, los viudos, divorciados o separados (Diener y Suh, 1998; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Lelkes, 2008).

Nivel Económico

Numerosos estudios han demostrado que cuando tenemos cubiertas las necesidades vitales, la edad, el sexo, la raza y los ingresos no ejercen un gran impacto sobre los niveles de felicidad (Diener y Suh, 1998; Diener et al., 1999; Myers, 2000; Myers y Diener, 1995). Concretamente, Diener (1994) encontró que la relación entre el nivel de ingresos y el bienestar tendría un impacto significativo siempre y cuando la persona se encontrara en situación de extrema pobreza y cuando el bienestar podría verse afectado por factores como estatus y poder. En este sentido, parece ser que las personas se adaptan más fácilmente a un descenso drástico de su nivel económico, pero no una pérdida de estatus, produciendo la disminución de su bienestar subjetivo (Diener et al., 1999). Pero lo importante no es la cantidad de dinero que se tiene, sino la satisfacción con el ingreso (Argyle, 1999). Palomar et al. (2004) sugieren que existe una relación directa entre bienestar y pobreza, es decir, a medida que la población se hace más pobre, hay un descenso en su bienestar y, por otro lado, que esta relación es bastante limitada, ya que esta oscilación de los niveles de bienestar no se explica únicamente por variables económicas, sino en su mayoría por variables de tipo psicosocial.

Institucionalización

Otro aspecto sociodemográfico que puede ser destacado es la institucionalización, ya que esta es relativamente frecuente en la vejez. Aunque el objetivo principal de vivir en un entorno de atención institucional es mejorar la calidad de vida de los residentes, la institucionalización puede ser una condición estresante para muchas personas de edad avanzada, especialmente a corto plazo, debido a los desafíos relacionados con el cambio y necesidad de ajuste (Lee et al., 2002; Sterns et al., 2011) o por la alta estructuración de la vida, la rutina y el control existentes dentro de la institución; todo esto conduce a una pérdida de identidad y de individualismo, de la libertad, del control y de la autonomía personal y social, así como de las redes sociales y las actividades a realizar (Donnenwerth y Petersen, 1992; Fessman y Lester, 2000; Sijuwade, 1996; Sterns et al., 2011). Todos estos factores pueden explicar el rápido deterioro del estado de salud física y mental observado en muchos ancianos

poco después de mudarse a una residencia de ancianos (Thorson y Davis, 2000). Incluso a largo plazo, la calidad de vida es más positiva entre los ancianos no institucionalizados (Drageset et al., 2009). Por lo tanto, todas estas pérdidas pueden traducirse en una disminución en el bienestar y la felicidad. Sin embargo, los resultados han sido contradictorios, reflejando tanto un impacto positivo como negativo (por ejemplo, Bishop, 2006; Cott y Fox, 2001; Donnenwerth y Peterson, 1992; Sterns et al., 2011; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Las comparaciones entre los ancianos españoles institucionalizados y no institucionalizados, con independencia de la residencia, han demostrado diferencias marginalmente significativas. Así, las personas que viven en sus propios hogares están más satisfechas con su vida que los ancianos que viven en una residencia, alcanzando un proceso de envejecimiento percibido positivo de forma más significativa. Tal vez debido a ello, los ancianos no institucionalizados no se encontraron más satisfechos con la vida en general cuando se tuvo en cuenta la puntuación global (Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Aunque la satisfacción vital o felicidad no sean diferentes entre los ancianos no institucionalizados e institucionalizados, los factores que contribuyen a su bienestar subjetivo pueden ser diferentes o tener una influencia distinta.

ii) Variables Psicosociales

Con la edad las fuentes del bienestar cambian. Numerosas investigaciones han establecido los correlatos principales de la felicidad en las personas de edad avanzada. A medida que envejecemos, la satisfacción con la salud, la calidad de vida y el estado funcional, la satisfacción familiar y marital, las relaciones sociales y el apoyo social elevado, tener altos niveles de actividad, la realización personal, la satisfacción con el ocio y algunos rasgos y habilidades personales (tales como la percepción de control, la autoeficacia, autonomía y auto-concepto positivo) se convierten en los predictores más importantes de la felicidad.

Además, numerosos estudios han puesto de relieve que las fuentes más importantes de la felicidad están relacionadas con las características personales, tales

como los rasgos de personalidad, factores cognitivo-motivacionales, recursos personales y habilidades de afrontamiento (Argyle, 1999; Diener et al., 1999).

Personalidad

La personalidad ocupa un lugar destacado cuando nos referimos a características individuales relacionadas con el bienestar subjetivo. Diener et al. (1999) encontraron que la personalidad y el temperamento ejercen una influencia importante en el bienestar subjetivo pero este no se encuentra enteramente explicado por estas dos variables. Concretamente, la extraversión y el neuroticismo son los rasgos de personalidad que más atención teórica y empírica han suscitado (Diener et al., 1999). La extraversión ejerce su influencia sobre el afecto positivo, conduciendo a la persona a tener un mayor afecto positivo que negativo, mientras que el neuroticismo tiene una importante repercusión sobre el componente negativo provocando un aumento del afecto negativo (McCrae y Costa, 1986).

Control Percibido y Autoeficacia

Una de las características personales más relevantes e influyentes sobre el bienestar subjetivo y el buen funcionamiento cotidiano de un individuo es la percepción de control. Las personas que piensan que tienen el control sobre los acontecimientos de sus vidas son más felices (Diener et al., 1999). Tener la convicción de que se pueden realizar con éxito las acciones necesarias para producir un resultado deseado (autoeficacia) y la percepción de control y competencia en el desempeño de las responsabilidades y tareas de la vida diaria (competencia percibida) se han asociado con una mayor sensación de bienestar (Pinquart y Sörensen, 2000; Winsor y Anstey, 2010). Gómez et al. (2007) encontraron que cuanto mayor autoeficacia, es decir, cuanta más confianza tiene la persona para lograr sus metas y objetivos vitales, mayor nivel de bienestar subjetivo presenta. La autonomía e independencia personal relacionadas con la autoeficacia y la competencia percibida se han asociado con el bienestar (Chirkov et al., 2003). La percepción de control incluye una dimensión de confianza con respecto a las habilidades de afrontamiento que tiene la persona. El control percibido para hacer frente a situaciones estresantes permite un ajuste y

gestión del estrés más positivo (Caprara y Steca, 2005; Godoy-Izquierdo et al., 2008). Además, esta percepción de control o internalidad (tendencia a atribuir resultados positivos a uno mismo en vez de a causas externas) se ha asociado de forma directa con el bienestar subjetivo (Cooper et al., 1996; Erez et al., 1995). Sin embargo, la relación entre la percepción de control y el bienestar subjetivo depende del contexto, ya que se ha demostrado que unas expectativas de control demasiado altas pueden influir de manera negativa sobre el bienestar subjetivo, provocando la autodecepción cuando no se consigue alcanzar las metas propuestas (Erez et al., 1995). Por tanto, según Diener et al. (1999), el hecho de que las metas sean congruentes con las aspiraciones de vida y los recursos personales de los individuos determina el nivel de bienestar subjetivo y, a su vez, los niveles de afecto positivo y negativo (Carver y Scheier, 1998).

Por otra parte, dos estudios (Lang y Heckhausen, 2001; Prenda y Lachman, 2001) han demostrado que las creencias de control son más importantes para la satisfacción vital a medida que avanza la edad. Estos estudios encontraron que las creencias de control median la relación entre la planificación del futuro y la satisfacción con la vida y son especialmente importantes para los eventos positivos y cuando los hechos son atribuibles a la capacidad personal. Las creencias de controlabilidad y eficacia son muy importantes también entre los mayores más mayores (Berg et al., 2006; Joop y Root, 2006; Landau y Litwin, 2001). Sin embargo, se ha encontrado una disminución significativa en la percepción de control a medida que cumplimos años (Winsor y Anstey, 2010). Los adultos mayores muestran un bajo control percibido influido no sólo por la edad, lo que afecta su rendimiento cognitivo, salud y bienestar (Lachman, 2006). Individuos con un mayor número de eventos vitales estresantes y problemas de salud han demostrado un menor control percibido (Sijuwade, 1996).

Relaciones Sociales y Apoyo Percibido

Las relaciones sociales positivas son particularmente importantes durante la etapa final de la vida, cuando el aislamiento social y la pérdida de personas importantes es más probable que tenga lugar. Cuando se le pregunta a los adultos

mayores por sus preferencias en cuanto a tener una vida feliz, los ancianos conceden a la familia y a los amigos la mayor importancia (Lelkes, 2008). Para tener un buen envejecimiento y bienestar psicológico, las relaciones sociales son necesarias dado su impacto positivo en la salud y en el estado emocional. Numerosos estudios han demostrado que las relaciones sociales positivas (por ejemplo, las relaciones de apoyo) y negativas (por ejemplo, las relaciones sociales caracterizadas por tensiones interpersonales) se asocian con afecto positivo y negativo, respectivamente, en los adultos mayores (Ingersoll-Dayton et al., 1997; Newsom et al., 2003; Pinquart y Sörensen, 2000; Winsor y Anstey, 2010). La actividad social es un fuerte correlato de la felicidad entre los adultos mayores (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Menec, 2003; Pinquart y Sörensen, 2000; Waldinger y Schulz, 2010). A pesar de que una disminución en el número de redes sociales es evidente a estas edades, la calidad de las relaciones es mejor (Cornwell et al., 2008; Lang y Carstensen, 1994; Pinquart y Sörensen, 2000). Sin embargo, este hecho no repercute por igual a todo tipo de relaciones. Las mantenidas con conocidos y amigos son las que se ven más afectadas (relaciones sociales periféricas), mientras que los contactos con familiares y personas cercanas permanecen estables hasta el final de la vida (Lang y Carstensen, 1994; Levitt et al., 1993). Por ello, los recursos psicosociales son tan relevantes para los mayores más mayores, que por lo general tienen que afrontar importantes pérdidas en otras dimensiones de su vida (Berg et al., 2006; Joop y Root, 2006; Landau y Litwin, 2001).

El número de interacciones positivas con los demás es más alto entre los adultos mayores que en los adultos jóvenes y de mediana edad (Winsor y Anstey, 2010). En este sentido podemos decir que sería la calidad de la relación y del apoyo recibido, más que la cantidad de amigos, lo que influiría en el bienestar subjetivo de los mayores de 65 años (Myers y Diener, 1995). Además, los adultos mayores pueden estar expuestos a niveles más bajos de estrés interpersonal debido a la evitación de las relaciones personales insatisfactorias o contradictorias y el uso de estrategias eficaces de regulación emocional (Coats y Blanchard Fields, 2008; Fingerhman et al., 2008; Winsor y Anstey, 2010). El apoyo emocional se asocia positivamente con el bienestar subjetivo; sin embargo, el apoyo instrumental, incluso cuando lo disponga la familia u otras fuentes seguras y cercanas, puede tener un impacto negativo en el bienestar

subjetivo cuando se relaciona con la pérdida de autonomía o con la dependencia (Reinhardt et al., 2006). El apoyo instrumental y emocional positivo puede estar asociado con la salud mental, puede proporcionar un mecanismo de protección para reducir la ansiedad y la tristeza y puede reforzar los sentimientos de valor personal y la autoestima en la adultez tardía. Una mayor integración en una red social se asocia con un menor número de problemas de salud física y mental, una menor incidencia de hospitalizaciones y admisiones psiquiátricas y un mejor afrontamiento de situaciones estresantes (Scott y Roberto, 1985). Además, tener en la vejez una red social eficaz sirve como amortiguador de los estresores físicos y psicológicos, reduce la morbilidad (Ahern y Hendryx, 2005) y disminuye la mortalidad (Watkins, 1997). Todo esto explica la enorme influencia que tiene el apoyo social y las relaciones sociales sobre la salud mental, la satisfacción de las necesidades psicológicas y la reducción del estrés.

Autoestima

En lo referido específicamente a la autoestima, numerosos estudios han hallado una vinculación entre esta y el bienestar subjetivo (DeNeve y Cooper, 1998; Diener, 1998). La autoestima es un concepto que normalmente se confunde con el de autoconcepto y con frecuencia se usan como sinónimos. La autoestima se relaciona más con una evaluación que la persona hace de su autoconcepto y se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Sebastián et al., 2007). La importancia de la autoestima radica en que se trata de un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y funcional, la cual afecta con gran relevancia a todas las áreas de la vida. En algunas investigaciones se ha encontrado que la autoestima va disminuyendo a medida que vamos entrando en la adultez tardía y vejez (Matud, 2004a). Para esta etapa de la vida, tener una buena autoestima es clave, ya que el adulto mayor se encuentra en una situación física, social y culturalmente menospreciada, debido a que se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, porque hay una mayor estimación de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y un menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la

tercera edad (Trujillo, 2005). Por otro lado, Sanchez et al. (2006), encontraron que entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud.

Salud

La relación entre la salud percibida y el bienestar subjetivo experimenta cambios a medida que avanza la edad, produciendo modificaciones de los factores que median en esta relación y aumentando la importancia de aquellos que están más ligados al valor o importancia que la persona da a su propia salud (Harris et al., 1992; Struthers et al., 1993). El impacto de la salud física y mental en la felicidad de los mayores de 65 años es mayor en comparación con las personas de edades más jóvenes (Diener y Suh, 1998; Herzog et al., 1982; Okun y Stock, 1987). Las pérdidas, las limitaciones y los riesgos asociados con la edad, no la edad en sí misma, están asociadas con una disminución del bienestar subjetivo (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Kehn, 1995; Kunzmann et al., 2000; Schilling et al., 2013). Sobre todo entre los ancianos, muchas condiciones médicas crónicas o enfermedades graves relacionadas con la salud y las limitaciones funcionales asociadas se relacionan con menores niveles de afecto positivo y una menor satisfacción vital (Jelicic et al., 1998; Kunzmann et al., 2000; Schilling et al., 2013; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Por ello, entre los mayores más mayores, la salud se convierte en un predictor fundamental del bienestar subjetivo (Berg et al., 2006; Cho et al., 2011; Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; Joop y Root, 2006; Landau y Litwin, 2001; Smith, 2001).

El estado subjetivo de salud y las limitaciones funcionales de salud percibidas parecen ser especialmente importantes para la felicidad en la adultez tardía (Fakouri y Lyons, 2005; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Kunzmann et al., 2000; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). La salud, además de tener una influencia directa sobre la satisfacción vital, media el impacto de otras condiciones psicosociales tales como la actividad, el apoyo social o el estado funcional (Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). La salud es considerada como el octavo predictor de la satisfacción vital (Campbell et al., 1976; Fernández-Ballesteros et al., 2001). Realmente, la relación existente entre felicidad y enfermedad es inversa y muy fuerte cuando la persona sufre

graves problemas de salud con grandes consecuencias para su bienestar y funcionamiento cotidiano, pero esta relación no es tan estrecha ni consistente cuando la enfermedad es poco grave y apenas impactante (Diener y Scollon, 2003). Así, la satisfacción con el estado de salud y las relaciones sociales se vuelven factores más importantes como predictores en adultos mayores (Herzog et al., 1982). Además, se ha observado que otros factores psicosociales, como el optimismo, la autoeficacia, la satisfacción marital y el apoyo social, también pueden mediar el impacto de la salud sobre la felicidad. Además, se han hallado algunos resultados relevantes al tratar de relacionar las diferentes dimensiones propuestas del bienestar y la incidencia de algunas enfermedades. En concreto, en muestras de mujeres mayores se ha encontrado que aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales presentaban un menor riesgo cardiovascular y una mejor regulación endocrina (Ryff et al., 2004).

Capacidad de Afrontamiento y Adaptación (Eventos Vitales Negativos/Estresantes)

Según Diener et al. (1999), numerosas investigaciones han demostrado que los eventos vitales estresantes recientes tienen mayor impacto en el estado emocional y, en consecuencia, en el bienestar subjetivo, que los ocurridos en el pasado. En este sentido, entre los eventos vitales a los que tardamos más tiempo en adaptarnos se encuentran la pérdida de un ser querido (Stroebe et al., 1996) o la aceptación de enfermedades crónicas y degenerativas como el Alzheimer (Vitaliano et al., 1991). Sin embargo, se ha observado que, en general, las personas tienden a adaptarse muy rápidamente a las nuevas circunstancias de la vida, siempre y cuando estas no sean situaciones vitales altamente estresantes (Suh et al., 1996; Headey y Wearing, 1989). Aunque existen diferentes formas de manejar un evento estresante importante, y diferentes trayectorias de resolución y adaptación, muchas personas no sólo resuelven favorablemente la situación sino que incluso experimentan un beneficio en términos de crecimiento personal, así como emociones positivas durante y después del proceso (Diener et al., 2006; Folkman, 1997; Shmotkin, 2005; Updegraff y Taylor, 2000; Wortman y Silver, 1989). Del mismo modo, los ganadores de un premio de lotería, trascurridos unos meses, no son más felices que el grupo de control (Brickman et al.,

1978). De lo anterior se puede deducir que las personas se adaptan más rápidamente a ciertos eventos que a otros dependiendo de su capacidad de afrontamiento y del número de eventos presentes en un mismo espacio de tiempo. De ahí que los individuos con un mayor número de eventos vitales negativos, problemas de salud y desventajas hayan demostrado tener un menor control percibido y menos estrategias de afrontamiento (Sijuwade, 1996). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se ha encontrado que algunas estrategias se relacionan con mayor fuerza con el bienestar subjetivo que otras (Diener et al., 1999). Encontrar un significado positivo a una situación negativa, resolver directamente los problemas, encontrar un significado espiritual en medio de las dificultades, buscar ayuda, el apoyo social y la acción racional son estrategias de afrontamiento asociadas a altos niveles de bienestar subjetivo; mientras que el afrontamiento neurótico, la negación o el afrontamiento emocional se relacionan con niveles bajos de bienestar subjetivo (Diener et al., 1999; Folkman, 1997; McCrae y Costa, 1986; Shiota, 2006).

Optimismo

Por su parte, el optimismo es un rasgo disposicional que media entre los eventos externos y la interpretación personal de estos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. En general, parece que las personas que son optimistas tienden a tener mejor humor, a ser más perseverantes y exitosas e incluso a tener mejor estado de salud física (Seligman, 2003). Los estados de ánimo positivos asociados al optimismo provocan pensamientos positivos, un recuerdo mayor de acontecimientos felices, más creatividad, mayor resolución de problemas y una evaluación más positiva de uno mismo y de los demás (Avia, 1999). Dadas sus características, se espera que el optimismo sea un poderoso recurso psicológico para la felicidad o bienestar subjetivo (Carver et al., 2009, 2010; Cummins et al., 2002; Diener et al., 1999; Forgeard y Seligman, 2012; Lyubomirsky et al., 2011; Scheier et al., 2001; Seligman et al., 2004; Wrosch y Scheier, 2003). Se ha observado que el optimismo se correlaciona fuertemente (0.63) con indicadores multidimensionales de bienestar general (Magaletta y Oliver, 1999). Por otra parte, se ha propuesto como un importante predictor de bienestar físico y psicológico, así como de adaptación y

calidad de vida (Carver et al., 2009, 2010; Forgeard y Seligman, 2012; Scheier y Carver, 1985, 1987, 1992, 1993; Scheier et al., 2001; Seligman, 1998; Wrosch y Scheier, 2003). Concretamente, en los adultos mayores, el optimismo se ha asociado a una mejor calidad de vida y funcionamiento cotidiano, independientemente de los niveles de depresión (Achat et al., 2000). En una muestra de ancianos, Steptoe et al. (2006) encontraron que el optimismo predice el envejecimiento saludable, y que esta relación fue en parte mediada por las conductas de salud en relación con el consumo de sustancias y la actividad física realizada por los individuos. Por tanto, el optimismo es un recurso psicológico muy importante y que tiene gran impacto en el bienestar físico, psicológico y emocional de los mayores.

Ocio y Tiempo Libre

El ocio y tiempo libre tienen especial relevancia para el colectivo de personas mayores, ya que cuando se llega a estas edades dejamos de preocuparnos de algunas facetas de nuestra vida, como el trabajo o la maternidad/paternidad, lo que da lugar a mucho más tiempo libre. En consecuencia, es aconsejable que aquellos espacios de tiempo ahora vacíos, se llenen con actividades que proporcionen al adulto mayor nuevas metas y gratificaciones. Por ejemplo, Kelly y Steinkamp (1986) afirman que la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento ayudan a la persona a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida. Pero el ocio no está solamente relacionado con la percepción de felicidad sino que, además, es un recurso que sirve para hacer frente a las situaciones derivadas de la experimentación de enfermedades crónicas, permitiendo la percepción de autoeficacia y valía personal (Hutchinson et al., 2003). De esta forma, las actividades de ocio y tiempo libre en general, y la participación social en particular, son beneficiosas para el bienestar del adulto mayor. La participación social puede ser una actividad gratificante que inyecta significado en la vida adulta (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Menec, 2003; Pinguart y Sörensen, 2000; Waldinger y Schulz, 2010). La participación en actividades sociales, económicas, culturales, recreativas y de carácter voluntario será parte de esa participación social y contribuirán a aumentar y mantener el bienestar psicológico (Depp y Jeste, 2006).

Estar activo durante la vejez es uno de los factores que mejor explica el bienestar subjetivo, porque además de ejercer un efecto directo sobre la satisfacción con la vida, el realizar actividades es positivo para la salud física, la salud mental, la percepción del envejecimiento y las relaciones sociales, aspectos fundamentales para la felicidad (Zamarrón et al., 2000). Por tanto, en ancianos, el tiempo de ocio se vuelve aún más importante como actividad intrínsecamente reforzante y motivadora que brinda la oportunidad de desarrollar nuevas habilidades, divertirse, incrementar las relaciones sociales o proporcionar identidad y relajación.

La felicidad de los mayores parece ser mayor en condiciones de mejor estatus social y nivel de vida, independencia económica, mejor estado de salud y calidad de vida y estilos de vida más saludables, mejor red social y mayores niveles de realización personal (Gow et al., 2005). En resumen, entre los principales correlatos de la felicidad en las personas mayores se encuentra tener buena salud y una calidad de vida positiva, buenas relaciones sociales y familiares, apoyo social alto y niveles altos de actividad y logros personales, un elevado control percibido, sentirse autónomos y tener un autoconcepto positivo, aspectos que han sido destacados como influyentes e importantes también para el bienestar de los adultos más mayores (*oldest-old*, mayores de 75 años) (Berg et al., 2006; Joop y Root, 2006; Landau y Litwin, 2001).

2.3 Niveles de Felicidad en la Adulterez Tardía

Los estudios hechos a escala mundial sobre felicidad señalan que la mayoría de las personas, independientemente de sus condiciones personales, sociodemográficas o contextuales, son felices. Diener y Diener (1996) señalaron que estos estudios reflejan que aproximadamente el 80-90% de las personas se consideran felices o muy felices y sólo un 5-10% son poco felices o infelices. Estos resultados coinciden con datos de EEUU (Myers, 2000) y países europeos (Comisión Europea, 2007). Myers y Diener (1996) estimaron hace casi una década y media que el valor promedio de felicidad en el mundo era de 6.75 en una escala de 0 a 10, y aunque existe una gran variabilidad

entre las naciones, la mayoría de los países occidentales se sitúa actualmente en torno al valor 7.

En España también somos felices. Datos de Argyle (2001) y Veenhoven (2005, 2009) señalan que la felicidad de los españoles ha rondado el valor 7 durante las tres últimas décadas, con una tendencia ascendente. Para este período, entre 8 y 9 de cada 10 españoles se consideran felices, de los que 2-3 son muy felices, pero 1 de cada 10 es infeliz (Inglehart, 2001; Veenhoven, 2006; Eurobarómetro, Comisión Europea, 2007). También en estos porcentajes se ha observado una tendencia a la mejora en las últimas décadas, con cada vez más personas felices y menos infelices (Godoy-Izquierdo, 2009). Según datos recientes informados por la Base Mundial de Felicidad (Veenhoven, 2009), España ha ascendido algunos puestos en el ranking de felicidad mundial en relación a la década pasada, situándonos ahora en el puesto 16 de 148 países (95% de la población mundial). Además, según este estudio, hemos ganado 6 años de esperanza de vida feliz, con casi 59 años de vida feliz.

Existen escasos estudios en los que se informa de los niveles concretos de felicidad en los mayores de 65 años. No obstante, los que existen reflejan que las personas mayores son felices y se encuentran satisfechas con la vida.

La Tabla 2.1 presenta algunos resultados sobre los niveles de bienestar subjetivo de mayores en distintos países.

Tabla 2.1. Niveles de felicidad durante la adultez tardía.

AUTORES	MUESTRA	NIVELES SEGÚN ESCALA	NIVELES A ESCALA 0-10	MEDIDA UTILIZADA
Bishop, 2006	N=235 Edad: ≥64 años (M= 78.3 años, DT= 8.10)	Satisfacción Vital: 28.16/35	8.05	Escala de Satisfacción Vital (SWLS) de Diener et al. (1985).
Chyi y Mao, 2011	N= 1533 Edad: 60-94 años (M= 67.91 , DT= 5.91)	Felicidad: 3.41/5	6.82	Pregunta de Felicidad de 1 (muy infeliz) a 5 (muy feliz).
Godoy-Izquierdo et al., 2013	N= 154 Edad: 65-96 años (M= 77.4 , DT= 8.03)	Felicidad: 6.59	6.59	Escala de Felicidad (EF) de Godoy-Izquierdo y Godoy (2006).
Henricksen y Stephen, 2013	N= 2313 Edad: 55-73 años (M= 63.2; DT= 4.6)	Felicidad: 5.71/7	8.16	Dos preguntas cortas de felicidad en Lyubomirsky y Lepper's (1999)
Inga y Vara, 2006	N= 122 Edad: >60 años (M= 73 , DT= no informada)	Satisfacción vital: 17/25	6.8	Escala de Satisfacción Vital formada por 8 items de 1 (casi a diario) a 4 (nunca).
Jopp y Rott, 2006	N=56 Edad: 99-101 años (M= 100.17, SD= 0.39)	Felicidad: 4.53/6	7.55	Life Satisfaction Index A (LSIA) de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961),
Kenedy et al., 2004	N= 95 Edad: 47-102 años (M= 73.2, DT= 10.3)	Frecuencia de emociones negativas= 10.86/16 Estado de ánimo positivo: 5.14/7 Estado de ánimo negativo: 2.33/6 Felicidad: 4.39/7	Frecuencia de emociones negativas= 6.79 Estado de ánimo positivo: 7.38 Estado de ánimo negativo: 3.88 Felicidad: 6.27	Carstensen Emotion Questionnaire (Carstensen, 2000).
Lelkes, 2008	N= No informada Edad: ≥70 años (M y DT no informadas)	Satisfacción Vital: 7/10 Felicidad: 8/10	Satisfacción Vital: 7 Felicidad: 8	Preguntas de Felicidad y Satisfacción Vital de 0 (extremadamente infeliz/insatisfecho) a 10 (extremadamente feliz/satisfecho).

Tabla 2.1. (Continuación).

Li et al., 2012	N= 164 Edad: No informada (M=77.04, SD= 8.55)	Felicidad: 33.36/48 Afecto Positivo: 7.01/10 Afecto Negativo: 2.14/10	Felicidad: 6.95 Afecto Positivo: 7.01 Afecto Negativo: 2.14	Memorial University Newfoundland Happiness Scale (MUNSH) de Kozma y Stone, (1980) .
Momtaz et al., 2014	N=1403 Edad: ≥60 años (M= 62.3, DT= 22.55)	Bienestar Emocional: 62.3/100	6.23	OMS-Five Well-Being Index (1998).
Mroczek y Kolarz, 1998	N= 4160 Edad: 68-89 años (M y DT no informadas)	Felicidad: 2.24/3	7.6	Pregunta de Felicidad de 1 (no demasiado feliz) a 3 (muy feliz).
Ramirez et al., 2012	N= 122 Edad: 60-82 años (M=66 , DT= no informada)	Satisfacción vital: 28.08/35	8.02	Escala de Satisfacción Vital (SWLS) de Diener et al. (1985).
Singer et al., 2007	N= 44 Edad: 50-85 años (M= 64.63, DT= 2.69)	Felicidad: 4.15/7 Afecto Positivo: 3.33/ Afecto Negativo: 0.86/	Felicidad: 5.93 Afecto Positivo: Afecto Negativo:	Subjective Well-Being Scale (SWBS), adaptada de Diener y Emmons (1985).
Sotgiu et al., 2011	N= 395 Edad: 60-97 años (M= 72.82, DT= 8.26)	Felicidad: 4.64/5	9.32	Pregunta de Felicidad de 0 (no he conseguido en absoluto ser feliz en mi vida) a 4 (totalmente).
Tran et al., 1991	N=581 Edad: ≥55 años (M= 66.98, DT= 8.34)	Felicidad: 7.44/9	8.27	Tres items relativos a Satisfacción Vital, Felicidad y Logro de Objetivos, de 1 (poco) a 3 (mucho). Se sumaron las puntuaciones en los tres
Waldinger y Schulz, 2010	N= 94 Edad: 62-88 años (M= 80.85, DT= 3.93)	Felicidad: 5.66/7	8.08	Pregunta de Felicidad para últimas 24h. de 1 (muy infeliz) a 7 (muy feliz).

PARTE II:

OBJETIVOS

Capítulo 3:

Objetivo General y Objetivos Específicos



CAPÍTULO 3:

Objetivo General y Objetivos Específicos

¿Por qué buscáis la felicidad, oh, mortales, fuera de vosotros mismos?

Boecio

Objetivo General y Objetivos Específicos

El objetivo general de esta Tesis Doctoral es proponer un modelo teórico que trate de explicar el bienestar subjetivo de los adultos mayores a partir de distintas variables psicosociales con el fin último de orientar el diseño de intervenciones específicas para elevar los niveles de felicidad en esta etapa de la vida. Para ello, se han llevado a cabo tres estudios diferentes con el fin de conocer los niveles de felicidad de este colectivo y las variables psicosociales que influyen en el bienestar subjetivo, identificar cómo se relacionan dichas variables mediante el establecimiento de perfiles multidimensionales intraindividuales y conocer su asociación con los niveles de felicidad, y establecer las posibles relaciones directas e indirectas entre dichas variables, explorando efectos de mediación y moderación.

El objetivo principal del **estudio 1** fue explorar el bienestar actual (en el momento del estudio) y pasado (durante la vida) de adultos españoles de 65 años y mayores de ambos sexos con diferentes características socio-demográficas y personales. Este objetivo se plantea con base en la creciente literatura respecto a que nuestra felicidad disminuye en la tercera edad al compararla con etapas anteriores de nuestra vida. En segundo lugar, se examinó si los componentes de la felicidad según el modelo de Diener (es decir, balance afectivo y satisfacción vital) correlacionaban de forma positiva con y eran predictores significativos de la felicidad en los adultos mayores. En tercer lugar, para una comprensión más completa de la influencia del envejecimiento sobre la felicidad, analizamos de forma más detallada el impacto que tienen distintas variables de tipo psicosocial sobre la felicidad actual, incluyendo la autoeficacia general y social, el optimismo, la salud física y mental, la calidad de vida, el estrés y las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el ocio. Por último, también se analizó la influencia de las características socio-demográficas de los participantes sobre su felicidad actual, con especial atención a la variable institucionalización/no institucionalización. Todos estos objetivos responden a la necesidad de conocer no sólo cómo cambia la felicidad con la edad sino sobre todo los correlatos de la felicidad conforme la edad avanza, y de establecer sus paralelismos y divergencias respecto a otras etapas de la vida, con el fin de confirmar y complementar

las evidencias empíricas previas, generalmente obtenidas con población más joven. Por tanto, este estudio nos permitiría conocer los niveles de felicidad de los mayores, confirmar que se produce un ligero pero importante declive en la misma con la edad y establecer sus principales correlatos.

Una vez conocidas las distintas variables psicosociales que correlacionan y son predictores del bienestar subjetivo de los mayores, en el **estudio 2** nos centramos en un triple objetivo. En primer lugar, quisimos identificar perfiles psicosociales intraindividuales caracterizados por configuraciones distintas en términos de bienestar general y envejecimiento saludable y funcional en función de sus puntuaciones en las distintas variables psicosociales medidas, intentando así completar la escasa evidencia al respecto, pese a que la literatura claramente establece que existen diferentes tipologías de envejecimiento. En segundo lugar, tratamos de relacionar estos perfiles psicosociales con el bienestar subjetivo de los participantes; para ello, exploramos configuraciones de los diferentes perfiles psicosociales con respecto a la felicidad actual, el afecto positivo y negativo y la satisfacción vital, aspecto sobre el que la investigación es prácticamente inexistente. Por último, se trató de establecer la composición de estos perfiles en función de la variable sociodemográfica institucionalización (ancianos institucionalizados y no institucionalizados). Este triple objetivo viene justificado por la gran variabilidad que existe en esta población de edad avanzada en términos de salud, de estado funcional físico, social y psicológico y de bienestar general y subjetivo, ya que estos patrones heterogéneos pueden ser considerados como conjuntos de variables interrelacionadas y, en consecuencia, dicha variabilidad puede no ser adecuadamente representada por agrupaciones univariadas. Este estudio nos permitiría establecer cómo los distintos correlatos de la felicidad se relacionan entre sí para generar grupos específicos de mayores en los que las configuraciones particulares de los recursos psicosociales para la felicidad se asociarían a estados concretos de bienestar subjetivo. Por tanto, los hallazgos obtenidos nos permitirían conocer con más detalle el posible impacto de estos recursos psicosociales en interacción y sus influencias concretas sobre la felicidad, orientando ya, de forma más directa, hacia el diseño de intervenciones promotoras de la felicidad en la ancianidad, considerando dichos recursos de forma individualizada.

El **estudio 3** surgió debido a la necesidad derivada a partir de los hallazgos de los estudios anteriores de establecer relaciones causales entre las variables psicosociales estudiadas y la felicidad. Hasta el momento los estudios realizados nos habían permitido establecer correlatos de la felicidad en los mayores (estudio 1) y explorar posibles influencias de dichos correlatos sobre el bienestar subjetivo (estudio 2), pero las metodologías analíticas utilizadas no permitían establecer relaciones causales (direccionales). Con este fin, exploramos en el estudio 3 el impacto concreto de 4 variables sobre la felicidad. En concreto, los resultados obtenidos en el estudio 1 con respecto a la variable psicosocial optimismo no fueron los esperados: El optimismo resultó no estar directamente relacionado, ni ser predictor, de la felicidad, resultado curioso al ser este propuesto como una variable de gran importancia para el bienestar subjetivo en la población general y, particularmente, en la adultez tardía, según la literatura revisada. Estos hallazgos no esperados se confirmaron en el estudio 2, al no participar esta variable en las características diferenciales de los clusters de ancianos obtenidos. Por ello, pensamos que la relación optimismo-felicidad podría no ser una relación directa, existiendo una relación entre ambas variables más compleja. Por tanto, para poder averiguar cuál es y en qué medida se relacionan el optimismo y la felicidad, utilizamos toda la información aportada por los dos estudios anteriores y tratamos de identificar variables que median y/o moderan la influencia de las expectativas optimistas sobre la felicidad. En dicha relación se exploró también la influencia de la salud mental de los mayores, sus expectativas de eficacia personal y sus percepciones de apoyo social, tres variables que nuestros estudios anteriores habían identificado como muy relevantes para el bienestar subjetivo de los mayores, con el fin último de conocer la relación entre todos estos factores como *fuentes* de la felicidad y poder desarrollar actuaciones promotoras de la felicidad para mayores de 65 años adaptadas a las condiciones psicosociales particulares de cada uno de ellos.

PARTE III:

METODOLOGÍA

Capítulo 4:

Participantes, Medidas y Procedimiento. Diseño de Investigación y Análisis Estadístico



CAPÍTULO 4:

Participantes, Medidas y Procedimiento. Diseño de Investigación
y Análisis Estadístico

“La felicidad humana generalmente no se logra con grandes golpes de suerte, que pueden ocurrir pocas veces, sino con pequeñas cosas que ocurren todos los días”

Benjamin Franklin

1. Participantes

En los estudios que se presentan en esta Tesis Doctoral han participado voluntariamente, previo consentimiento informado, 154 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 65 y 96 años ($M= 77.44$; $DT= 8.03$), reclutadas en diferentes contextos comunitarios y hogares privados de la provincia de Granada. El 50% de los participantes ($N= 77$) eran mujeres. El rango de edad para las mujeres fue de 65 a 96 años y el de los hombres fue de 65 a 91 años. De los 154 participantes, 35.7% estaban institucionalizados en centros geriátricos y residencias para mayores, mientras que el 64.3% no lo estaba y vivía en su hogar (con o sin familiares u otras personas). Se estima que 1470 de los 42100 mayores de 65 años de nuestra ciudad son residentes en residencias de ancianos según datos actuales del Instituto Nacional de Estadística, lo que supone que el 3.5% de la población mayor de Granada vive en condición de institucionalización completa. El régimen de institucionalización en nuestro estudio incluye a aquellos que pasan las 24 horas en estos centros (Régimen completo) y los que permanecen todo el día pero van a dormir a su casa o a la de un familiar (Régimen parcial).

Los participantes en nuestra investigación pueden ser considerados representativos de la población general mayor en España ya que sus condiciones sociodemográficas son similares a las generales de España según los datos actuales del Instituto Nacional de Estadística, Instituto de la Mujer y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Además, en cuanto al estado de salud, las condiciones de los participantes son muy similares a las informadas en otros informes nacionales (por ejemplo, Gonzalo y Pasarín, 2004), con mayores tasas de morbilidad/mortalidad observadas en las regiones del sur de España. En nuestra investigación, los participantes enfermos (74.7%) informaron que sufren varias enfermedades crónicas. Entre aquellos participantes que informaron tener alguna enfermedad crónica, el 71.6% sufría una enfermedad crónica, el 23.9% sufría dos enfermedades crónicas y el 4.6% sufría de tres o más enfermedades crónicas. Los tratamientos y terapias para estos participantes fueron variados (Tabla 4.1.; un tercio de los participantes dijo estar tomando algún tipo de medicamento, pero no pudieron especificar sus principios

activos, nombres u objetivos, y no fue posible establecer esta información a través de su estado clínico o algún registro clínico). Un porcentaje relevante, el 12.3% de participantes, indicaron experimentar un importante acontecimiento estresante en el momento del estudio.

Ninguno de los participantes, particularmente las personas institucionalizadas, tenía diagnóstico de depresión, demencia u otro trastorno neurológico o psicopatológico que pudiera afectar a su funcionamiento cognitivo, lo cual constituía, junto con una edad inferior a 65 años, los únicos criterios de exclusión.

Los demás datos sociodemográficos de los participantes se presentan en la Tabla 4.1.

Tabla 4.1. Datos sociodemográficos de la muestra.

CONDICIONES		N	%
ESTADO CIVIL	Soltero/a sin historia de pareja estable	3	1.9
	Casado/a o con relación estable	87	56.5
	Sin pareja actual pero con historia de pareja estable (separado/a, divorciado/a, viudo/a)	64	41.6
NIVEL EDUCATIVO	Sin estudios	32	20.8
	Primaria	71	46.1
	Secundaria	26	16.9
	Formación profesional	11	7.1
	Universidad	14	9.1
SITUACIÓN LABORAL	Trabajando	3	1.9
	Desempleado/a	4	2.6
	Tareas domésticas	32	20.8
	Jubilado/a	115	74.7
INGRESOS FAMILIARES MENSUALES	< 1000 €	68	47.6
	1000-2000 €	66	46.2
	2000-3000 €	6	4.2
	> 3000 €	3	2.1
NÚMERO DE HIJOS	0	16	10.4
	1	5	3.2
	2	36	23.4
	3	49	31.8
	≥ 4	39	31.1
ENFERMEDAD CRÓNICA	Sí, de las cuales	115	74.7
	Enfermedades cardiovasculares incluyendo enfermedades coronarias y vasculares, hipertensión e hipercolesterolemia		47.9
	Enfermedades óseas y reumáticas, incluyendo osteoporosis, osteoartritis y artritis reumatoide		27.1
	Diabetes		6.9
	Hipertiroidismo		4.2
	Enfermedades neurológicas incluyendo esclerosis múltiple, Parkinson y parálisis de las extremidades		3.5
	Enfermedades respiratorias incluyendo asma y bronquitis crónica		2.8
	Amputación de miembros		2.8
	Cáncer y Enfermedades de la próstata		2.8
	Déficit sensoriales		2.1
	TIPO DE TERAPIAS	Sí, de las cuales	118
Tratamientos cardiovasculares			26.5
AINES			19.7
Suplementos vitamínicos y calcio			6.8
Tratamientos para la diabetes			5.1
Tratamientos para el hipertiroidismo			4.3
Ansiolíticos			3.4
SITUACIONES DE ESTRÉS PERCIBIDO (Los problemas de salud y empleo personales no fueron considerados aquí)	Sí, de los cuales	19	12.3
	Muerte de un familiar (esposa, descendientes, hermanos, padres)		26.3
	Problema de salud del cónyuge		10.5
	Crisis matrimonial		10.5
	Problemas económicos		10.5
	Conflictos con un familiar		10.5
	Desempleo de un familiar		10.5
	Problemas de salud de un familiar		5.3
	Crisis matrimonial de un familiar		5.3
	Accidente de tráfico de un familiar		5.3
Problemas legales		5.3	

2. Medidas

Se construyó una batería de medidas que contenía los distintos autoinformes, ordenados de forma contrabalanceada para evitar sesgos por el orden de administración. La primera hoja del cuadernillo incluía información básica sobre el estudio, instrucciones generales y un consentimiento informado a firmar. La segunda hoja incluía una ficha en la que se solicitaba la información socio-demográfica y personal, y a partir de la tercera hoja se incluían cada una de las medidas descritas a continuación con sus principales características y propiedades psicométricas.

- *Escala de Felicidad (EF) de Godoy-Izquierdo y Godoy (2006)* (ver Anexo): Esta escala mide mediante dos preguntas los niveles de felicidad actual y general de la persona, respondiendo en una escala del 0 (muy infeliz) a 10 (muy feliz). En esta escala se incluye además una lista de 20 condiciones o dimensiones vitales para cada una de las cuales la persona tiene que indicar del 0= ninguna influencia al 10= mucha influencia, el impacto percibido de cada condición en su propia felicidad actual.
- *Escala de Balance Afectivo (EBA) de Warr et al. (1983), versión española de Godoy et al. (2008)*: Esta escala evalúa la experimentación de afecto positivo y de afecto negativo y se obtiene además un índice de balance afectivo, calculado como la diferencia entre los dos anteriores. Consta de 18 ítems, de los que 10 pertenecen a la Escala de Balance Afectivo de Bradburn (1969) y 8 fueron añadidos por Warr et al. (1983) con el fin de ampliar y mejorar la escala original. Los participantes deben indicar si durante la última semana han experimentado los distintos estados que se enumeran, contestando en una escala tipo Likert con 3 alternativas de respuesta (1= poco o nunca, 2= a veces, 3= mucho o generalmente). Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido bien establecidas en población española (Godoy-Izquierdo et al., 2008).

- *Escala de Satisfacción Vital (ESV) de Diener et al. (1985; Pavot y Diener, 1993), versión española de Atienza et al. (2000)*: Este autoinforme evalúa a través de 5 ítems el grado en que la persona se muestra satisfecha con su vida en general. Para ello, señala su grado de acuerdo con los enunciados en una escala tipo Likert con 7 alternativas de respuesta (1= totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española (Atienza et al., 2000).

- *Escala de Autoeficacia General (EAE) de Sherer y Adams (1983), versión española de Godoy (1986)*: Esta escala está formada por 30 ítems que evalúan las creencias de eficacia personal. Los participantes deben señalar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los enunciados en una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (de 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Se obtienen dos puntuaciones parciales (autoeficacia general y autoeficacia social) y una puntuación total suma de las dos puntuaciones parciales. Sus propiedades psicométricas han sido establecidas en la población anciana española (Montorio et al., 2002). En este estudio se eliminaron los ítems control para aligerar el protocolo de evaluación.

- *Escala de optimismo (LOT) de Scheier et al. (1994), versión española de Ferrando et al. (2002)*: En esta escala de 10 ítems la persona señala su grado de acuerdo con cada enunciado en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española (Ferrando et al., 2002). En este estudio se eliminaron los ítems control para aligerar el protocolo de evaluación.

- *Cuestionario de Apoyo Social (MOSS) de Tarlov et al. (1989), versión española de Remor (2003)*: Este autoinforme evalúa el apoyo social percibido considerando tanto la red social como las dimensiones del apoyo social: Emocional, material, informativo, interacción social positiva y afecto o cariño.

Consta de 20 ítems que se responden mediante una escala de 5 puntos (1= nunca a 5= siempre) en la que se mide la frecuencia con la que está disponible cada tipo de apoyo. Sus propiedades psicométricas en población española han sido bien establecidas (Revilla et al., 2005).

- *Escala de Eventos Vitales Estresantes Revisada de Holmes y Rahe (1997), versión española adaptada de Godoy-Izquierdo et al. (2013)* (ver Anexo): Esta escala está compuesta por 43 ítems referentes a sucesos vitales estresantes, de los que 32 son ítems originales de la escala de Holmes y Rahe (1967) revisados posteriormente (1997) y los otros 11 (“Usted ha tenido problemas con algún compañero/a de la residencia”, “Usted ha tenido problemas con un amigo/a cercano/a”, “Algún/a compañero/a de la residencia ha fallecido”, “Un familiar cercano se ha casado o ha tenido familia”, “Usted ha tenido problemas en la residencia”, “Su salud o la de su esposo/a le dificulta mucho su vida”, “Usted no tiene amigos/as en la residencia”, “Sus familiares no le visitan con la frecuencia que a usted le gustaría”, “Su esposo/a no vive en la residencia con usted”, “No le gusta la residencia en la que está” y “Usted está en la residencia en contra de su voluntad”) han sido incluidos para esta investigación debido a que consideramos que estas situaciones añadidas resultaban más específicas para los mayores. Los ítems no seleccionados de la escala de Holmes y Rahe (1997) se eliminaron debido a que su contenido presentaba poca relación con los posibles sucesos que pudieran ocurrirle a las personas mayores de 65 años (e.g., “embarazo”). En esta escala se pedía a los participantes que señalaran, además de qué situaciones de las planteadas habían vivido en el último año, si fue una experiencia positiva o negativa, cuánto estrés les generó (0= nada de estrés a 10= mucho estrés) y si pudieron hacer algo o no para resolver o mejorar dicha situación y en el caso de que sí, si fue eficaz o no (1= "No, no pude hacer nada", 2= "Sí, pero lo que hice no funcionó nada", 3= "Sí, lo que hice me ayudó a mejorar la situación, aunque no la resolvió", y 4= "Sí, lo que hice funcionó completamente y resolvió la situación perfectamente"). Las propiedades psicométricas de esta escala se presentan en Scully et al. (2000)

para población no española. La versión española presentada aquí aún no ha sido validada, pero González de Rivera y Morera (1983) hicieron una adaptación española de la escala original.

- *Autoinforme de Actividades de Ocio en Mayores de Lara y Godoy-Izquierdo (2010), versión experimental (ver Anexo):* Esta escala fue diseñada por los investigadores de este estudio específicamente para este trabajo y está formada por una lista de 30 actividades de ocio de tipo cultural, físico-deportivo, social-familiar, audiovisual, participación en la comunidad, lúdico-artístico y de formación que pueden realizar los mayores. En ella, la persona señala las actividades de ocio que realiza, señalando también la frecuencia semanal y mensual (según proceda) con la que lo hace y el grado de satisfacción que le produce el llevarlas a cabo, en una escala de 0= ninguna satisfacción a 10= mucha satisfacción, así como las que no realiza y le gustaría realizar. (Ver Anexo)

- *Cuestionario de Salud General (GHQ28) de Goldberg (1981), versión española de Masson (1996):* Este cuestionario está formado por 28 ítems que evalúan el nivel de salud de la persona en 4 áreas (estado físico, ausencia de ansiedad, funcionamiento cotidiano y ausencia de depresión). La persona tiene que contestar teniendo en cuenta lo sucedido en las 4 semanas anteriores con 4 alternativas de respuesta (0= no más de lo habitual a 3= mucho más de lo habitual). Se obtienen 4 puntuaciones parciales (correspondientes a cada una de las subescalas) y una puntuación total (suma de las 4 subescalas). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española (Godoy-Izquierdo et al., 2002).

- *Cuestionario de Calidad de Vida (SF-12) de Ware et al. (1996), versión española de Alonso et al. (1998):* El SF-12 es una versión reducida del cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1995). Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud general de la persona que se considera un indicador de su calidad de vida.

Consta de 12 ítems que evalúan las dimensiones de función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general. Las opciones de respuesta se presentan en formato Likert para evaluar la intensidad o frecuencia de la condición enunciada. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis dependiendo del ítem. Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente establecidas en población española (Villangut et al., 2008).

Además de las medidas señaladas anteriormente, los participantes respondieron a preguntas sobre sus datos socio-demográficos y personales (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos familiares mensuales, número de hijos). Asimismo, indicaron su nivel percibido de salud en una escala de 0= muy pobre a 10= óptima, si padecían actualmente alguna enfermedad, si estaban en tratamiento o terapia o si estaban atravesando alguna situación crítica personal o familiar en el momento del estudio, así como su satisfacción con su pareja y con su familia (0= ninguna a 10= máxima).

En cada estudio presentado en esta Tesis Doctoral se incluyen las medidas específicas utilizadas.

3. Procedimiento general

El desarrollo de la investigación tuvo lugar en 3 fases, una vez concluida la fase inicial de revisión de la literatura sobre este campo y una vez finalizado el proceso de selección y adaptación de las medidas, en el que, en primer lugar, se construyó una batería de medidas que contenía los distintos autoinformes mencionados ordenados de forma contrabalanceada para evitar sesgos por el orden de administración. La primera hoja del cuadernillo incluía información básica sobre el estudio, instrucciones generales y un consentimiento informado a firmar. La segunda hoja incluía una ficha en la que se solicitaba la información socio-demográfica y personal, y a partir de la tercera hoja se incluían cada una de las medidas anteriormente descritas.

PRIMERA FASE: *Constitución de la muestra y Recogida de datos.*

En primer lugar, tras contactar con diferentes recursos comunitarios públicos y privados (hogares privados, recursos comunitarios, asociaciones de vecinos, residencias de ancianos, el aula de mayores de la Universidad de Granada, centros de día, etc.), se ofertó a los mayores usuarios la participación en el estudio para la constitución de la muestra de participantes de 65 años y mayores. Se ofertó a los posibles interesados la participación voluntaria en el estudio y se señaló la importancia de participar en el mismo. Para ello, los interesados fueron informados de los objetivos y características principales del estudio y de sus responsabilidades en él si decidían, de forma voluntaria, formar parte de esta investigación. Los que decidieron participar firmaron un consentimiento informado antes de comenzar.

Tras la firma del consentimiento, los participantes recibieron instrucciones específicas sobre cómo rellenar los cuestionarios correctamente y se administraron las medidas descritas en el apartado anterior.

Concretamente, en los casos de las residencias de ancianos, los centros cívicos y de día, la escuela de adultos y hogares del pensionista, la administración fue colectiva y se realizó al finalizar una clase o actividad o en una hora antes pactada con los coordinadores de los centros. En todos los casos, antes de la administración se daba a los participantes una breve información sobre el estudio e instrucciones detalladas y específicas sobre cómo contestar correctamente cada medida.

Con respecto a la administración individual, consistió en una entrevista individualizada en la cual la evaluadora formulaba una por una las preguntas (y respuestas posibles si procedía) de cada medida. Esto se hizo así en los casos en que los mayores no sabían o no podían leer por un deterioro grave en la visión, no podían escribir o les resultaba difícil por problemas de movilidad o control de la mano, no comprendían el texto, o en las administraciones en los domicilios.

Las medidas utilizadas en esta Tesis Doctoral fueron rellenadas por los participantes en una sola aplicación.

SEGUNDA FASE: *Análisis de datos e Interpretación de resultados.*

En esta segunda fase, se construyó la base de datos y se revisó para asegurar la correcta introducción de la información. Para el análisis de los datos se han utilizado las técnicas estadísticas más apropiadas en función de la naturaleza de los mismos y de los objetivos de investigación. Se ha procedido al análisis de los datos e interpretación de resultados en base a la literatura publicada y los objetivos e hipótesis de cada estudio. El diseño de investigación y las técnicas concretas utilizadas se describen en detalle en el siguiente apartado.

TERCERA FASE: *Propuesta del Modelo de Felicidad en Mayores en base a los resultados obtenidos.*

Una vez se han llevado a cabo las fases anteriores y se han conocido los resultados más relevantes, se procedió al planteamiento de un modelo específico de felicidad en adultos mayores. El objetivo de esta fase ha sido ofrecer la información necesaria para desarrollar intervenciones destinadas a aumentar los recursos de los mayores de 65 años de cara a optimizar su bienestar subjetivo en función de las principales fuentes de felicidad señaladas en nuestros hallazgos y en la literatura previamente revisada.

Cada estudio presentado en esta Tesis Doctoral incluye una descripción más concreta del procedimiento seguido para dicho estudio.

4. Diseño de Investigación y Análisis Estadístico

Los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral se han llevado a cabo con un diseño observacional de tipo transversal.

Inicialmente, se llevaron a cabo análisis preliminares y exploratorios de los datos con el fin de detectar (y en su caso corregir) posibles errores en la introducción de los datos, datos perdidos o ausentes, datos extremos o *outliers*, así como para

comprobar supuestos paramétricos y tomar decisiones acerca de las pruebas estadísticas a emplear. Dichos análisis han permitido garantizar la exactitud de los datos introducidos, realizar una primera exploración de los mismos y tomar decisiones sobre las pruebas estadísticas a aplicar. Aunque la prueba de normalidad señaló que las variables felicidad general y felicidad actual y alguna otra psicosocial no seguían una distribución normal (estadístico Kolmogorov-Smirnov $p < 0.05$), el test de Levene confirmó la homogeneidad de varianzas en todos los casos (estadístico Levene $p > 0.05$), por lo que se optó por utilizar pruebas paramétricas para el análisis estadístico de los datos.

El nivel de significación para todos los análisis se fijó en $p < 0.05$ (bilateral).

Para conocer las características de la muestra se ha realizado un análisis descriptivo y se ha obtenido la distribución de frecuencias de las variables cualitativas o categóricas, dicotómicas o politómicas, ya fueran nominales u ordinales. En cuanto a las variables cuantitativas, discretas o continuas, se presentan indicadores de centralización (media) y de dispersión (desviación típica), así como los valores mínimos y máximos.

Para los análisis de asociación bivariada de variables, se ha utilizado la prueba r de Pearson, y para los análisis de predicción se ha utilizado la técnica multivariante de análisis de regresión lineal múltiple con pasos sucesivos.

Para identificar los distintos perfiles psicosociales utilizamos la técnica multivariante de análisis de clusters o conglomerados, con métodos jerárquicos aglomerativos y algoritmo de las k -medias.

Para establecer posibles diferencias entre grupos, para las variables cuantitativas se han utilizado las pruebas t de Student para comparaciones por pares y de Análisis de Varianza para tres o más grupos con comparaciones *posthoc* t de Student (con corrección para no igualdad de varianza cuando fue necesario). Se utilizaron pruebas χ^2 para el análisis de diferencias para variables no cuantitativas.

Por último, para explorar efectos de mediación y mediación moderada utilizamos los procedimientos PROCESS descritos por Hayes y colaboradores basados en análisis de regresión por mínimos cuadrados ordinarios con remuestreo por bootstrapping.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows 19.0 (SPSS IBM Corp, Armonk, NY, USA).

Cada estudio presentado en esta Tesis Doctoral incluye una descripción más detallada de las técnicas de análisis estadístico utilizadas en cada caso.

PARTE IV:

ESTUDIOS EMPÍRICOS

Capítulo 5:

Estudio 1: Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-Institutionalised Adults

Capítulo 6:

Estudio 2: Multidimensional Psychosocial Profiles in the Elderly and Happiness: A Cluster-Based Identification

Capítulo 7:

Estudio 3: Optimism... and Happiness? Optimism and Social Support Moderate the Indirect Relationship Between Self-Efficacy and Happiness Through Mental Health Among Elders



CAPÍTULO 5:

Estudio 1: *Correlates of Happiness Among Older Spanish Institutionalised and Non-Institutionalised Adults*

*“El secreto de la felicidad no está en hacer siempre lo que se quiere,
sino en querer siempre lo que se hace”*

Leon Tolstoi

Publicado como:

**Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M.L., Araque, F. & Godoy, J.F. (2013).
Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-
institutionalised adults. *Journal of Happiness Studies*, 14, 389-414.**

*(Índice de Impacto en 2012: 1.462
Fuente: Journal Citation Reports JCR Social Sciences Edition;
1ª Mediana en categoría PSYCHOLOGY, MULTIDISCIPLINARY, Posición: 20/120;
1ª Mediana en categoría SOCIAL SCIENCES, INTERDISCIPLINARY, Posición: 11/92)*

Abstract

The overall objective of this study was to explore the current (i.e., at the time of the study) and past (i.e., over their lifetimes) happiness of 65-year-old and older men and women who had different personal and socio-demographic characteristics. We also investigated the role of affect balance and life satisfaction as sources of participants' subjective well-being, as well as the contribution of other psychosocial variables, including self-efficacy, optimism, health and quality of life, stress, social support and leisure, and of socio-demographic conditions. Further, we examined the influence of institutionalization on happiness and on the aforementioned psychosocial variables. Participants voluntarily completed self-reports regarding all of these variables. Participants' current happiness (M= 6.6 on a 0-10 scale) was significantly lower than their past happiness (M= 7.7). The happiness of the institutionalised participants did not differ from that of the noninstitutionalised participants, although significant differences were found for a number of psychosocial variables. Affect balance and life satisfaction were significant correlates and predictors of current happiness, which was also associated with many psychosocial variables and was further predicted by past happiness, health indicators and some life dimensions assessed as perceived sources of one's own happiness, such as a sense of autonomy and independence. Our results highlight the importance of establishing both happiness and its correlates to develop interventions aimed at promoting subjective well-being in older people, given that, compared to earlier periods in life, happiness may be reduced in late adulthood.

Keywords: Happiness, Subjective well-being, Elderly, Psychosocial and socio-demographic correlates, Institutionalisation.

1. Introduction

Growing social and scientific interest in happiness has developed over the past few decades, as is evident with the emergence of Positive Psychology. According to one of the most accepted theoretical frameworks, Diener's model of subjective well-being (Diener 1984; Diener et al. 1999), happiness refers to how people interpret their own life, circumstances and emotions. These evaluations are with regard to the judgments a person makes about his or her emotional states (affect balance) and life in general (life satisfaction). According to this model, happiness is neither a transient positive emotion nor an unstable state; rather, it is a positive experiential or subjective state that is both comprehensive and relatively stable (Diener et al. 1999; Suh et al. 1996, 1998).

Abundant research has been conducted regarding the correlates of happiness with a focus on age (e.g., Argyle 1999; Diener et al. 1999). In an opening study, Wilson (1967) indicated that youth was a source of happiness. However, recent studies have demonstrated that socio-demographic factors have a lower impact on happiness compared to other variables (Diener et al. 1999; Diener and Suh 1998). Age, gender and race combined explain up to 10% of happiness (Diener et al. 1999). However, a number of studies have shown similar, lower or higher rates of happiness among elders compared to younger individuals.

1.1 Happiness in the Elderly

In a review of several international studies conducted with large, representative samples from the USA and Europe up to the 1990s, Diener and Suh (1998) concluded that life satisfaction is quite stable over the life cycle, with a tendency to increase as age advances.

Recent studies from around the world have also shown improvements in happiness from mid- to late-adulthood (Lacey et al. 2006; Singer et al. 2007; Stone et al. 2010). These findings were obtained despite the fact that certain objective

resources that correlate with subjective well-being, such as health, marital and financial status, are worse for older people (Blanchflower and Oswald 2008; Diener and Suh 1998; Ehrlich and Isaacowitz 2002; Hamarat et al. 2002).

Moreover, international studies have found that around the decade of 40s of age happiness in both men and women tends to decline, whereas in the 50s it tends to rise again and can reach levels close to those reported prior to mid-adulthood or even above those levels (Blanchflower and Oswald 2008; Godoy-Izquierdo 2009; Stone et al. 2010). Thus, it seems that there is a U-shaped, lifelong happiness curve. This pattern is only marginally altered when data are adjusted for potential covariates (e.g., education, income, employment status, female gender, marital status, having children at home), indicating that these life conditions do not account for much of the age-happiness relation (Blanchflower and Oswald 2008; Stone et al. 2010). Nonetheless, it is worthwhile to note that the U-shaped profile is evident, although there is very limited change in happiness with age. Some researchers have criticised the U-shaped profile by arguing methodological concerns, as well as by demonstrating that this profile is not as apparent when variables are not controlled for or they are appropriately controlled for (Glenn 2009; Lelkes 2008).

In contrast, older age has been shown to be an unhappier life stage compared to earlier stages. A negative correlation has been found between age and life satisfaction for the age of 60 and over (Chen 2001). Several studies have demonstrated an inverted U-shaped, curvilinear pattern with a decline in happiness as age advances, particularly after the age of 65 (Mroczek and Kolarz 1998; Lang and Heckhausen 2001; Lelkes 2008). These findings were obtained after controlling for the nation the study was conducted in and demographic variables, including health. Contrasting with cross-sectional data, longitudinal data tend to clearly show this drop in happiness for late adulthood (Baird et al. 2010; Mroczek and Spiro 2005). This decrease depends also on psychosocial factors, such as extraversion, marital and health status and proximity of death, but seems to be independent of cohort effects.

It has been also proposed that affect balance tends to become more negative with age, with a small decline in positive affect and a small increase in negative affect.

These changes become greater as age advances and seem to be independent of life conditions (Charles et al. 2001; Diener and Suh 1998; Godoy-Izquierdo et al. 2009; Kunzmann et al. 2000; Pinquart 2001). However, the findings are inconclusive (Carstensen et al. 2000; Charles et al. 2001; Ehrlich and Isaacowitz 2002; Kunzmann et al. 2000; Stone et al. 2010; Winsor and Anstey 2010).

Thus, inconsistent findings have been reported with regard to the link age-happiness. Cultural differences, methodological issues and confounding factors may underlie this inconclusiveness.

1.2 Correlates of Happiness in Late Adulthood

Although changes in happiness during late adulthood are unclear, the sources of happiness change distinctly with age (Butt and Beiser 1987; George et al. 1985; Herzog et al. 1982; Joop and Christoph 2006; Lelkes 2008; Lucas 2007). As we grow old, we have a poorer health, less money and fewer social contacts (Baltes and Mayer 1999). Thus, satisfaction with health status and disability, marital status, social relationships and material needs becomes a more important predictor of happiness with age. Marital status, family and social relationships, employment status, leisure activities and personal characteristics (e.g., personality traits and self-efficacy) are correlates of happiness that have been explored in the general population (Argyle 1999; Diener et al. 1999) and that we aimed to explore also in this study.

In the elderly, it is likely that a spouse of an individual at an advanced age has suffered from a broad range of health or functioning problems, or even death. The death of a partner is considered the most shocking and stressful event in life according to several studies based on Holmes and Rahe's work on major life stressors (Holmes and Rahe 1967; Miller and Rahe 1997; Scully et al. 2000). In addition, the death of a partner can be a major source of depression: One study found that 42% of widowed individuals had moderate to severe depression compared to 10% of married people of the same age (Stroebe and Stroebe 1987). Although widowhood has often been considered the worst condition in terms of stress, studies have shown that being

divorced or separated has a greater negative effect on happiness (Myers and Diener 1995; Myers 2000). The happiest elders are those living with their spouses/partners, followed by those living alone and those living with a child (Kehn 1995). The effect of marital status depends on age and personal aspirations and expectations; however, generally, married elders or those in stable relationships are happier than single, never married, widowed, divorced or separated elders (Diener and Suh 1998; Fernández-Ballesteros et al. 2001; Lelkes 2008). Nonetheless, the benefits of being married are mediated by marital satisfaction (Waldinger and Schulz 2010). Positive social relationships are particularly important during the final stage of life, when social isolation and loss of significant individuals are more likely to occur. When asked for their preferences regarding having a happy life, elders conceded to family and friends the greatest importance (Lelkes 2008). For psychological well-being and happy aging, social relationships are necessary given their positive impact on health and emotional status.

Numerous studies have shown that positive social relationships (e.g., supportive relationships) and negative social relationships (e.g., relationships characterised by interpersonal tensions) are associated with positive and negative affect, respectively, in older adults (Ingersoll-Dayton et al. 1997; Newsom et al. 2003; Pinquart and Sörensen 2000; Winsor and Anstey 2010). Social activity is a strong correlate of happiness among older adults (Fernández-Ballesteros et al. 2001; Menec 2003; Pinquart and Sörensen 2000; Waldinger and Schulz 2010), despite a decrease in the number of social networks is apparent at these ages, given that the quality of the relationships improves (Cornwell, et al. 2008; Lang and Carstensen 1994; Pinquart and Sörensen 2000). The number of positive interactions with others is higher among older adults than young- and middle-aged adults (Winsor and Anstey 2010).

In addition, older adults may be exposed to lower levels of interpersonal stress through the avoidance of unsatisfactory or conflicting personal relationships and the use of effective emotional regulatory strategies (Coats and Blanchard-Fields 2008; Fingerman et al. 2008; Winsor and Anstey 2010). Emotional support is positively associated with subjective well-being; however, instrumental support, even when

provided by family or other reliable sources, may have a negative impact on subjective well-being when it is related to a loss of autonomy or to dependence (Reinhardt et al. 2006). Emotional and positive instrumental support may be associated with mental health, may provide a protective mechanism for reducing anxiety and sadness and may strengthen feelings of personal value and self-esteem in old age. Increased integration into a social network is associated with fewer physical and mental health problems, a lower incidence of hospitalisations and psychiatric admissions and better coping with stressful events (Scott and Roberto 1985). This explains the influence of social support on mental health, the satisfaction of psychological needs and the reduction and buffering of stress. In contrast, loneliness has been associated with higher suicide rates (Heisel and Duberstein 2005).

Regarding employment status and leisure, the importance placed on these factors declines over the life cycle (Lelkes 2008), most likely due to changes in life roles. Retirees over 65 years of age have been found to be 1/4 standard deviation happier than the younger population (Campbell et al. 1976). Retirees are generally happier than individuals who are still working when their retirement was a personal choice and when they have a positive health status, do not suffer from a significant loss of income and have social and personal resources for their free time (e.g., leisure activities) (Argyle 1999). However, retirees can also become bored, feel lonely or have lower self-esteem because they are no longer professionally productive. Being active during old age is one of the best predictors of subjective well-being given that it has a direct effect on life satisfaction, promotes physical and mental health and provides a positive perception of aging and a sense of agency, which are all fundamental to happiness (Herzog et al. 1998; Menec 2003). Engaging in recreational, physical, family, social and cultural activities correlates positively with and predicts happiness in old age (Brajša-Zganec et al. 2010; Fernández-Ballesteros et al. 2001). Hence, satisfaction with leisure and recreational activities are robustly associated with happiness (Menec 2003). Physical exercise has been stressed as a beneficial leisure activity (Pawlowski et al. 2011).

Healthy people are slightly happier than people suffering from an illness (Diener et al. 1999; Godoy-Izquierdo 2009). The impact of physical and mental health on happiness in the elderly population is higher compared to younger ages (Diener and Suh 1998; Herzog et al. 1982; Okun and Stock 1987). Losses, declines, constraints and risks associated with age, not age per se, might be risk factors for a decline in subjective well-being (Kunzmann et al. 2000). Elders generally report a high number of concerns about their health status and experience important limitations in their functional health (Fernández-Ballesteros 1997; Kunzmann et al. 2000). For some older adults, the physical decline and loss of functionality associated with aging is related to a reduction in happiness (Fernández-Ballesteros et al. 2001; Kehn 1995; Kunzmann et al. 2000; Schilling et al. 2013). The biological and physical decline linked to aging is often related to admission into geriatric or general hospitals, which, in turn, leads to a deterioration of physical, social and daily functioning in the elderly. Particularly among the elderly, many chronic medical conditions are associated with lower levels of positive affect and life satisfaction (Jelicic et al. 1998; Schilling et al. 2013). Further, studies have documented that when the severity of illnesses or health-related functional limitations increase, positive affect and happiness tend to decrease (Kunzmann et al. 2000). Moreover, the emotional well-being of older adults declines with low levels of perceived control, physical activity and physical health (Mirowsky and Ross 1992). In the elderly, depression is strongly correlated with limitations in daily life, such as difficulty in preparing meals, shopping, going out and bathing. Thus, enhancing physical functioning and perceptions of control may decrease the risk of depression in the elderly (Mirowsky and Ross 1992). These findings mirror those found by Kunzmann et al. (2000), who observed that perceived functional health constraints were associated with a decline in positive affect. However, after controlling for the effects of poor functional health, age was associated with high positive affect and low negative affect. The researchers also found that age mediated the impact of poor physical functioning, with the aspects of poor functional health that could not be explained by age being more deleterious for emotional well-being than those expected given a certain age.

Conditions apart from control perceptions and daily functioning may also mediate or moderate the relationship between health and happiness. Perceived health is as an excellent predictor of life satisfaction (Fernández-Ballesteros et al. 2001). In addition, Fakouri and Lyons (2005) found that concerns and worry about health and functioning in the elderly moderated the relationships between health status and daily functioning, negative emotions, physical discomfort and life satisfaction. Further, marital satisfaction has been found to buffer the decline in happiness associated with poorer health (Waldinger and Schulz 2010). Other psychosocial factors, such as optimism, coping and social support, may mediate the impact of health on happiness. Nevertheless, even when suffering from illnesses and limitations, most elders report being happy. Waldinger and Schulz (2010) found that, despite the presence of health problems, the majority of older adults reported being at least moderately happy. Fakouri and Lyons (2005) found that most elders with various chronic problems perceived themselves as “well” and reported having high rates of life satisfaction.

Studies have stressed that the most important sources of happiness are related to personal characteristics, such as personality traits, cognitive-motivational factors, personal resources and self-management skills (Argyle 1999; Diener et al. 1999). Diener et al. (1999) proposed that happy people are outgoing and optimistic, have high self-esteem, an internal locus of control, emotional stability, a positive temperament, tend not to ruminate too much on negative events and possess the resources necessary to achieve their goals.

Most likely the most relevant personal characteristic regarding an individual's functioning and subjective well-being is perceived control. People who think they are in control over the events in their lives are happier (Diener et al. 1999). The conviction that one can successfully perform the actions necessary to produce a desired outcome (i.e., self-efficacy) and the perception of control and competence in performing the responsibilities and tasks of daily life (i.e., perceived competence) have been associated with a greater sense of well-being (Caprara and Steca 2005; Diener et al. 1999). This association is also found with the elderly (Pinquart and Sörensen 2000; Winsor and Anstey 2010). The autonomy and independence related to self-efficacy

and perceived competence have also been associated with well-being (Chirkov et al. 2003). Perception of control includes also a sense of confidence with respect to coping skills. Perceived control in coping with stressful events allows a more positive adjustment to and management of stress, which in turn is associated with subjective well-being (Caprara and Steca 2005; Godoy-Izquierdo, Godoy et al. 2008). Two studies (Lang and Heckhausen 2001; Prenda and Lachman 2001) have demonstrated that control beliefs are more important for life satisfaction as age advances.

These studies found that control beliefs mediate the relationship between future planning and life satisfaction and are particularly important for positive events and when events are attributable to personal ability. Unfortunately, a significant decline has been observed in perceptions of control over the lifespan (Winsor and Anstey 2010). Older adults show low perceived control over age-related declines, which impacts their cognitive performance, health and well-being (Lachman 2006). Individuals with a higher number of negative life events, health problems and disabilities have demonstrated lower perceived control (Sijuwade 1996).

In summary, the main correlates of happiness in the elderly are positive health and quality of life, good social and family relationships and high social support, and high levels of activity and personal accomplishment. Among psychological correlates, perceived control, autonomy and positive self-concept have been stressed. High levels of education and high socioeconomic status have also been related to happiness among elders, although the impact of these factors may be mediated by other variables, such as health, leisure and social functioning (Fernández-Ballesteros et al. 2001; Lelkes 2008; Pinquart and Sörensen 2000). Elderly individuals who are at a high risk of unhappiness include women, widows and widowers, those who live alone or who are lonely, recent retirees, those with health and financial problems, those with lower perceived control and those who are in late old age.

1.3 Institutionalisation and Happiness

Research regarding the happiness of individuals who are institutionalised is scarce. Donnenwerth and Peterson (1992) found a positive effect of institutionalisation on happiness that was mediated by perceived health, and a stronger negative effect that was mediated by satisfaction with residence, with a negative net effect of institutionalisation on happiness. Sterns et al. (2011) have found that residents' perceptions of institutional stressors (i.e., institutional control and congregate living) and health were related to their well-being (i.e., morale, which is a compound indicator of loneliness and life satisfaction). Although more than half of the residents reported having moderate-to-high morale, greater uncertainty and reluctance to moving into the residence predicted lower morale at admission time, whereas older age, higher levels of stress and poorer health predicted lower morale after the initial stage of adaptation. Cott and Fox (2001) observed interindividual variations in happiness among institutionalised elders, with those individuals who were older, suffered from fewer chronic diseases and cognitive impairments and had less pain reporting being happier.

Bishop (2006) found that elders who entered a monastic religious lifestyle in young adulthood and who lived in a monastic setting since that point were highly satisfied with their life (approx. 8 on a 0-10 unit scale). Although young-old participants were as satisfied as old-old participants, the former reported having more resources for being happy (e.g., friendship and coping behaviours other than religious coping).

1.4 Aims of the Present Study

In Spain, elders represent eight million people, such that one in six people is 65 years or older and one in three individuals in Spanish homes is an elder (National Statistics Institute 2010). The main aim of this study was to explore current (at the time of the study) and past (over a lifetime) levels of happiness in 65 years or older Spanish adults of both genders with different socio-demographic and personal characteristics. We hypothesised that current happiness would be significantly lower

than past happiness, with older people reporting being less happy now compared to earlier periods in their life. We also examined whether the components of happiness according to Diener's model (i.e., affect balance and life satisfaction) correlated positively with and were significant predictors of happiness in older people. We expected to support this theoretical proposal. It has been emphasized (e.g., Stone et al. 2010) that potential contributors to happiness should be considered, including psychological, social, biological, contextual and socio-demographic factors, for a more complete understanding of the influences of aging on happiness. Consequently, we further analysed the influences of psychosocial variables on current happiness, including general and social self-efficacy, optimism, physical and mental health and quality of life indicators, stress and coping, social support and leisure. We hypothesised that these variables would significantly correlate with and be predictors of happiness. We also analysed the influence of participants' socio-demographic characteristics on their current happiness with special attention given to institutionalisation in resting or care settings. We did not expect a significant contribution of socio-demographic factors, although we did expect that institutionalised elders would be significantly less happy than communitydwelling elders.

2. Methods

2.1 Participants

After obtaining informed consent, 154 men and women aged 65-96 years ($M=77.44$, $SD=8.03$) voluntarily participated in this study. This convenience sample was recruited from private homes, public places (e.g., parks, churches and health centres), neighbourhood associations, nursing and geriatric homes, day centres, recreational centres for adults and schools for adults in a province in the South of Spain (Granada). The elders were asked to participate in a larger study on the quality of life during old age. For the purposes of the present study, only the individuals, particularly those who were institutionalised, who did not have a diagnosis of depression, dementia or any

other neurological or psychopathological disorders that would affect their cognitive functioning were selected from the initial larger sample. Specialised staff made diagnoses as part of a complete clinical evaluation related to the larger study. None of the participants, particularly those who were institutionalised, were indigent.

Women represented 50% of the participants, with an age range of 65-96 years ($M= 78.19$, $SD= 7.17$). The men had an age range of 65-91 years ($M= 76.67$, $SD= 8.79$) ($t= -1.166$, $p= 0.246$). Of the participants, 35.7% were institutionalised in nursing or rest homes, and 64.3% lived in their own home (with or without relatives or others). The institutionalisation regimen in our study included individuals who spent 24 h at the institution (complete regimen) and individuals who stayed at the centre for the whole or part of the day and slept at home (partial regimen). According to current Spanish data from the National Statistics Institute, approximately 3.5% of people 65 years or older are institutionalised in geriatric centres with a complete regimen, whereas 40% of elders use other types of community services for the elderly such as day centres. Other demographic data for the participants are presented in Table 5.1.

Participants in this study are representative of the general older population in our nation. Remarkably, participants were for the most part poorly educated, with 67% having either no formal education or only primary school education, and only a third having completed higher formal education. Further, monthly income was below 1,000 euros for approximately half of the sample. These figures are similar to those displayed for Spain in the current data from the National Statistics Institute, the Women's Institute and the Elders and Social Services Institute (IMSERSO) and show the conditions of people born before compulsory education legislation and demographic transition in our nation (Fernández Ballesteros et al. 2001). These data also illustrate that women are more poorly educated and have fewer financial resources than men. The remaining participants' conditions with regard to marital status, family members and employment status also correspond to national data. Regarding health status, the participants' conditions are very similar to those presented in national sources and other national reports (e.g., Gonzalo and Pasarín 2004), with higher morbidity/mortality rates observed in the Southern regions of Spain. The ill

participants in our study reported suffering from several chronic diseases (see Table 5.1).

Among the participants, 71.6% suffered from one chronic illness, 23.9% suffered from two chronic illnesses and 4.6% suffered from three or more chronic illnesses. Prescribed treatments reported by those who indicated to be under any type of therapy were varied (see Table 5.1. The remaining treatments were reported by less than 2% of participants; a third of the participants reported taking some type of drugs but were unable to specify their correct active principles, names or aims, and it was not possible to establish this information from clinical status or records). A relevant percentage of participants indicated experiencing a major stressful life event at the time of the study (see Table 5.1).

Table 5.1. Socio-demographic data.

CONDITIONS		N	%
MARITAL STATUS	Single with no history of a regular partner	3	1.9
	Married or in a stable relationship	87	56.5
	No current partner but a history of a stable or marital relationship (separated/divorced, widow)	64	41.6
EDUCATION LEVEL	No education	32	20.8
	Primary	71	46.1
	Secondary	26	16.9
	Vocational training	11	7.1
	University	14	9.1
EMPLOYMENT STATUS	Working	3	1.9
	Unemployed	4	2.6
	Housework	32	20.8
	Retired	115	74.7
MONTHLY FAMILY INCOME	< 1000 €	68	47.6
	1000-2000 €	66	46.2
	2000-3000 €	6	4.2
	> 3000 €	3	2.1
NUMBER OF CHILDREN	0	16	10.4
	1	5	3.2
	2	36	23.4
	3	49	31.8
	≥ 4	39	31.1
CHRONIC DISEASE	Yes, of which	115	74.7
	Cardiovascular diseases including coronary and vascular diseases, hypertension and high cholesterol		47.9
	Bone and rheumatic diseases including osteoporosis, osteoarthritis and rheumatoid arthritis		27.1
	Diabetes		6.9
	Hyperthyroidism		4.2
	Neurologic diseases including multiple sclerosis, Parkinson and limb paralysis		3.5
	Respiratory diseases including asthma and chronic bronchitis		2.8
	Limb amputation		2.8
	Sensorial deficit		2.1
	Prostate diseases		1.4
	Cancer		1.4
ANY KIND OF THERAPY	Yes, of which	118	76.6
	Cardiovascular treatments		26.5
	AINEs		19.7
	Calcium and vitamins supplements		6.8
	Diabetes treatments		5.1
	Hyperthyroidism treatments		4.3
	Anxiolytics		3.4
PERCEIVED STRESSFUL SITUATION (One's own health problems or unemployment were not considered here)	Yes, of which	19	12.3
	Death of a relative (spouse, offspring, siblings, parents)		26.3
	Spouse's health problems		10.5
	Marital crisis		10.5
	Financial problems		10.5
	Conflicts with a relative		10.5
	Unemployment of a relative		10.5
	Health problems of a relative		5.3
	Marital crisis of a relative		5.3
	Traffic accident of a relative		5.3
Legal problems		5.3	

2.2 Measures

- *The Happiness Scale* (HS; Godoy-Izquierdo and Godoy 2006) assessed current happiness (i.e., in the last few days or weeks) and general or past happiness (during their lifetime) using two questions (“How happy are you.../were you...” followed by the aforementioned sentences) to which participants responded on a scale from 0= Very unhappy to 10= Very happy. The HS also includes a list of 20 life dimensions (e.g., family and family relationships, work, leisure time and hobbies; see Table 5.3) for which the respondent indicated the degree to which he/she perceives that each one contributes to his/her current happiness from 0= Nothing at all to 10= Very much. Given the features of this survey, no psychometric analysis is necessary.

- *The Affect Balance Scale* (ABS; Warr et al. 1983; Spanish version by Godoy-Izquierdo, Martínez et al. 2008) assessed positive affect (PA, 9 items) and negative affect (NA, 9 items). Partial scores were obtained by adding the responses (1= Nothing at all to 3= Completely), and a total affect balance score was obtained by subtracting NA to PA, with a positive score indicating a positive affect dominance. The ABS’s psychometric properties have been well established in the Spanish population (Godoy-Izquierdo, Martínez et al. 2008).

- *The Life Satisfaction Scale* (LSS; Diener et al. 1985; Pavot and Diener 1993; Spanish version by Atienza et al. 2000) assessed the participants’ general levels of satisfaction with their lives using 5 items on a 1= Completely disagree to 7= Completely agree scale. The psychometric properties of the LSS have been widely established in the Spanish population (Atienza et al. 2000).

- *The Life Orientation Test* (LOT; Scheier et al. 1994, Spanish version by Ferrando et al. 2002) assessed optimism. A person indicates his/her level of agreement with 10 statements on a 5-point Likert scale (1= Strongly disagree to 5= Strongly agree). The psychometric properties of the LOT have been widely established in the Spanish population (Ferrando et al. 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol.

- *The General Health Questionnaire* (GHQ28; Goldberg 1981, Spanish version by Masson 1996) assessed the individuals' health status in 4 areas (i.e., physical health, absence of anxiety, daily functioning and absence of depression) with 7 items for each area. Four partial scores and a global score can be obtained. Its psychometric properties have been widely established in the Spanish population (Godoy-Izquierdo et al. 2002).

- *The SF-12 Health Survey* (Ware et al. 1996, Spanish version by Alonso et al. 1998) provides a profile of the individual's overall health status which is considered a quality of life indicator. This survey has 12 items that assess physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, vitality, bodily pain and general health. Two main indicators, physical and mental health, can be obtained. The psychometric properties of this survey have been widely established in the Spanish population (Alonso et al. 1998).

- *The General Self-Efficacy Scale* (SES; Sherer and Adams 1983, Spanish version by Godoy 1986) consists of 30 items for which the respondent indicates his/her level of agreement on a Likert-type scale with 5 response alternatives (1= Strongly disagree to 5= Strongly agree). We calculated a general self-efficacy partial score and a social self-efficacy partial score. This scale's psychometric properties have been established in the Spanish elderly population (Montorio et al. 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol.

- *The MOS Social Support Scale* (MOSS; Sherbourne and Stewart 1991, Spanish version by Remor 2003) assessed social support, including emotional/informational, tangible, affectionate and positive social interactions dimensions, using 20 items that were answered on a 5-point Likert scale (1= Never to 5= Always) indicating the frequency with which each type of available support was given. A global score of perceived social support was obtained. The number of available relatives and friends was also reported. Psychometric properties in the Spanish population have been well established (Revilla et al. 2005).

- *The Revised Stressful Life Events Scale* (Holmes and Rahe 1967; Miller and Rahe 1997; experimental version by Godoy-Izquierdo et al. 2010) was adapted to assess 43 stressful life events, 32 of which were included in the original scale and the remaining added because we believed these situations were more specific to the elderly (e.g., not receiving visits from relatives or friends as frequently as one expects or wishes). The excluded items were related to events that could unlikely happen to older people (e.g., pregnancy). Participants were asked to indicate the events they have lived through over the past year (total number) and whether they were a positive or negative experience, whether they were perceived as stressful events (0= Not at all to 10= Very much) (average stress for the total number of events) and whether something could have been done to solve it, and, if so, whether the action was effective (1= No, I could do nothing, 2= Yes, but what I did failed to work, 3= Yes, what I did helped me to improve the situation but it did not solve it, and 4= Yes, what I did solved the situation perfectly) (average coping for the total number of events). An impact index was calculated by adding events' scores considering Holmes and Rahe coefficients and an average coefficient in the case of the added events. The psychometric properties of the original scale were presented by Scully et al. (2000) for a non-Spanish population. The Spanish version presented here has not yet been validated, but González de Rivera and Morera (1983) made a Spanish adaptation of the original scale.

- *The Leisure Activities in the Elderly Survey* (Lara and Godoy-Izquierdo 2010) was designed specifically for this study. This survey consists of a list of 30 activities that include cultural (e.g., assisting to theatre, music or dance shows), physical and sport activities (e.g., going out for a walk), social and family activities (e.g., having a talk with friends), audio-visual activities (e.g., watching TV), community involvement (e.g., churchgoing), recreational and artistic leisure activities (e.g., making handicrafts or needlework) and educational activities (e.g., studying at the School or the University) that older adults could be involved in. Participants had to indicate the leisure activities that they had performed during the last month (number of undertaken activities), noting also how much time they spent participating in each activity weekly or monthly (as appropriate; weekly participation was converted to hours implicated in the activity

on a monthly basis) and their satisfaction with each activity on a scale from 0= No satisfaction to 10= Very satisfied. Participants also indicated which activities they did not participate in but would like to (number of desired activities). An “other” blank was provided to allow the participants to record additional activities not included in the survey. Participants also reported their age, sex, marital status, education level, employment status, monthly family income and number of children. They also indicated their perceived health status on a scale from 0= Very poor to 10= Excellent, whether they were suffering from any disease at the time of the study and diagnoses, whether they were under any kind of treatment or therapy and whether they were going through any personal or family stressful situation at that moment. Finally, they reported their satisfaction with their spouse/partner and family separately (0= None to 10= Complete).

2.3 Procedure

We provided all participants with general information regarding the main objective of the study and requested their voluntary participation. Individuals who decided to participate signed a consent form. Then, they received detailed information regarding the study and specific instructions as to how to complete the questionnaires correctly. The assessment tools were counterbalanced to avoid order bias. In most cases, the form of application was collective, although in some cases the questionnaires were given individually due to the characteristics or circumstances of the person (e.g., when the elders could not read due to severe vision deterioration or they could not write due to motor difficulties). All of the participants completed the questionnaires during a single session. This study was approved by the Ethics in Research committee within the authors' institution.

2.4 Statistical Analyses

Preliminary and exploratory analyses were conducted to check the data and parametric assumptions. Some of the variables were not normally distributed (Shapiro-Wilk test $p < 0.05$); however, Levene's tests confirmed homoscedasticity for all ($p > 0.05$). Thus, besides descriptive analyses, parametric tests were run, including ANOVAs and t tests for mean differences, Pearson's correlations and stepwise multiple linear regression analyses. The level of significance was set at $p < 0.05$.

3. Results

Participants reported a current happiness of 6.59 and a past happiness of 7.69, both on a 0-10 units scale (see Table 5.2). Their current happiness was significantly lower than their past happiness ($t = -6.998$, $p = 0.01$). Figure 5.1 presents the percentages of people who reported each of the values from 0 to 10 for both levels of happiness. The majority of participants reported a current happiness value between 5 and 8 and a value for their happiness in the past between 7 and 9. The highest response rates were displayed for the values 7 and 8, respectively, for the perceived value of the participants' current and past subjective well-being. Moreover, Fig. 1 shows that a very small percentage of people indicated that they felt unhappy or very unhappy (< 5); less than 1% indicated that they were unhappy in their past life, and 7.7% of participants indicated that they felt unhappy at the time of the study.

Current and past levels of happiness correlated at $r = 0.308$ ($p < 0.01$). Correlations between current happiness and psychosocial variables are displayed in Table 5.2. All of the significant correlations were in the expected direction (i.e., direct or inverse). Current happiness was significantly correlated with all of the variables, except for optimism, satisfaction with leisure and family, the number of available friends and relatives, the number of major life events experienced, coping efforts and impact of stress.

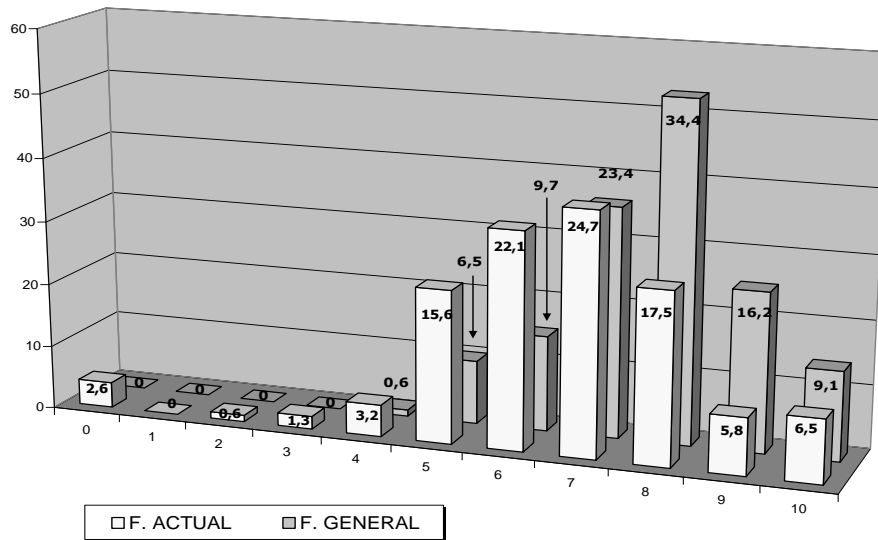


Figure 5.1. Response rates to current and past happiness.

When current happiness and the perceived impact of the 20 life dimensions on current happiness were compared between non-institutionalised and institutionalised participants (see Table 5.3), no significant differences were found for happiness; however, significant differences were obtained for some of the life dimensions that were considered to be sources or determinants of happiness by the participants, namely, personal skills, self-confidence, friends and social relationships, health, well-being and quality of life, money, wealth and luxury, satisfaction of basic needs, positive emotions and attitudes, life goals and commitment, a sense of belonging and participation in the community, habits and lifestyles and heredity. In all cases except heredity, institutionalised participants indicated a higher perceived impact.

Table 5.2. Descriptive results for psychosocial variables and correlations with current happiness.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>r</i> with Current happiness
Current happiness	6.59	1.90	0	10	
Past happiness	7.69	1.33	4	10	0.308**
Life satisfaction	25.88	5.61	8.00	35.00	0.450**
Satisfaction with the family	9.18	1.10	5.00	10.00	0.125
Satisfaction with the partner (N= 87)	9.27	1.14	5.00	10.00	0.644**
Positive affect	16.87	3.92	9.00	27.00	0.395**
Negative affect	15.88	3.80	9.00	26.00	-0.401**
Affect balance	0.99	6.53	-13.00	17.00	0.471**
General self-efficacy	78.67	11.32	46.00	99.00	0.227**
Social self-efficacy	19.35	3.16	11.00	29.00	0.247**
Optimism	19.83	2.76	10	29	0.007
Number of undertaken leisure activities	12.44	5.17	2.00	28.00	0.208**
Number of desired leisure activities	7.87	5.79	0.00	27.00	-0.218**
Monthly frequency of leisure activities	195.64	99.13	0.00	680.00	0.204*
Leisure satisfaction	8.01	.87	5.22	10.00	0.091
Social support: number of friends	6.49	6.75	0.00	60.00	0.155
Social support: number of relatives	6.99	7.34	0.00	50.00	0.128
Perceived social support total	72.56	16.81	37.00	95.00	0.338**
Number of major life stressors	4.76	3.38	0.00	18.00	-0.146
Average stress	5.70	2.05	1.00	10.00	-0.279**
Average coping	2.22	0.86	1.00	4.00	0.037
Total impact stress	61.15	44.33	0.00	221.00	-0.136
Current perceived health	6.25	1.89	1.00	10.00	0.383**
GHQA_ physical health	14.15	4.24	0.00	21.00	0.290**
GHQB_ absence of anxiety	15.49	4.03	0.00	21.00	0.343**
GHQC_ daily functioning	13.26	2.00	8.00	20.00	0.434**
GHQD_ absence of depression	18.71	3.15	3.00	21.00	0.463**
Total GHQ	61.62	10.70	26.00	76.00	0.462**
SF12 physical health	36.50	9.60	17.00	55.00	0.292**
SF12 mental health	38.64	7.83	19.00	58.00	0.360**

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Furthermore, non-institutionalised participants reported significantly stronger self-efficacy than institutionalised participants (Institutionalised: $M= 75.51$, $SD= 11.98$, Noninstitutionalised: $M= 80.42$, $SD= 10.59$; $t= -2.632$, $p < 0.01$), as well as a higher number of leisure activities conducted during the last month (Institutionalised: $M= 10.56$, $SD= 4.21$, Non-institutionalised: $M= 13.47$, $SD= 5.37$; $t= -3.717$, $p < 0.01$), a higher number of relatives available for support (Institutionalised: $M= 5.02$, $SD= 8.06$, Non-institutionalised: $M= 9.8$, $SD= 6.71$, $t= -2.531$, $p < 0.05$), higher total support received from others (Institutionalised: $M= 66.25$, $SD= 13.73$, Non-institutionalised: $M= 76.07$, $SD= 17.39$, $t= -3.855$, $p < 0.01$), and greater positive affect (Institutionalised: $M= 15.29$, $SD= 3.46$, Non-institutionalised: $M= 17.75$, $SD= 3.91$, $t= -3.891$, $p < 0.01$). The difference was marginally significant for affect balance (Institutionalised: $M= -0.25$, $SD= 6.07$, Non-institutionalised: $M= 1.68$, $SD= 6.70$, $t= -1.771$, $p= 0.08$) and for the average level of stress (Institutionalised: $M= 6.08$, $SD= 1.49$, Non-institutionalised: $M= 5.49$, $SD= 2.30$, $t= 1.890$, $p= 0.06$). Non-institutionalised participants also reported lower GHQ total scores (Institutionalised: $M= 63.71$, $SD= 8.56$, Non-institutionalised: $M= 60.45$, $SD= 11.60$, $t= 1.984$, $p < 0.05$), higher levels of anxiety (lower absence of anxiety) (Institutionalised: $M= 16.87$, $SD= 2.58$, Non-institutionalised: $M= 14.73$, $SD= 4.47$, $t= 3.778$, $p < 0.01$) and a higher number of non-conducted but desired leisure activities (Institutionalised: $M= 5.09$, $SD= 3.74$, Non-institutionalised: $M= 9.41$, $SD= 6.15$, $t= -5.418$, $p < 0.01$) than institutionalised participants.

Table 5.3. Mean differences for current and past happiness and life dimensions of happiness among non-institutionalised and institutionalised participants.

VARIABLES	INSTITU.		NON-INSTITU.		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Current happiness	6.27	1.56	6.77	2.06	-1.552	0.123
Personal skills	8.45	1.27	7.65	1.37	3.590	0.000**
Self-confidence	8.93	1.20	8.40	1.65	2.256	0.026*
Family and family relationships	9.33	1.02	9.01	1.54	1.535	0.127
Friendship and social relationships	9.20	.97	8.38	1.48	4.117	0.000**
Ethical, moral or religious values	8.42	2.00	7.84	2.41	1.519	0.131
Health, well-being and quality of life	8.85	1.24	7.98	1.71	3.652	0.000**
Power, social status and importance	7.58	1.97	7.12	1.93	1.409	0.161
Money and luxury	7.20	2.11	6.30	2.26	2.414	0.017*
Satisfaction of basic needs	8.69	1.23	7.89	1.63	3.172	0.002**
Love and being loved	9.13	1.07	8.84	1.48	1.395	0.165
Sexuality	8.20	2.09	7.87	2.38	0.865	0.388
Positive attitudes and emotions	8.31	1.37	7.74	1.95	2.123	0.035*
Job and job relationships	6.71	2.60	6.95	2.84	-0.518	0.605
Goals, challenges and life commitments	8.02	1.22	7.27	1.96	2.902	0.004**
Personality	8.11	1.59	7.91	1.77	0.696	0.487
Community integration and participation	7.42	2.21	6.26	2.89	2.575	0.011*
Habits and lifestyles	8.51	1.25	7.91	1.53	2.490	0.014*
Self-concept and self-esteem	8.49	1.14	8.11	1.37	1.749	0.082
Autonomy and independence	8.31	1.27	8.33	1.63	-0.095	0.924
Heredity	6.20	2.01	6.99	2.05	-2.307	0.022*

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

We conducted separate step-wise multiple linear regression analyses to determine the socio-demographic and psychosocial predictors of current happiness in the whole sample (see Table 5.4). None of the included socio-demographic variables (i.e., institutionalisation, age, sex, education level, marital status, number of children, family income, suffering from any chronic disease, perceived health status, experiencing a stressful personal or family situation) significantly predicted the participants' current happiness. The employment status was eliminated from this analysis because the vast majority of the participants were retired. Receiving any type of therapy was also eliminated because the majority reported being under such condition independently of their health status. Given the findings in this analysis, mean comparisons for socio-demographic conditions other than being institutionalised or

not were not conducted. Of the psychosocial variables included in a second analysis, affect balance, life satisfaction, GHQ indicators of (absence of) depression and daily functioning and past happiness were significant predictors of participants' current happiness. For every increase of 1 unit in these indicators, current happiness increased between 0.15 and 0.21 units (see Table 5.4).

When life dimensions rated by the participants on the HS as sources of their current happiness were considered, family and family relationships, faith, religion, ethical and moral values, a sense of belonging and participation in the community and personal autonomy and independence emerged as significant predictors. An increase (or a decrease for sense of belonging and participation in the community) of 1 unit in the perceived impact of these dimensions as contributors to happiness produced an increase of 0.14-0.37 units in the participants' current happiness (see Table 5.4).

For more detail, we analysed which one(s), if any, of the socio-demographic and psychosocial variables (excluding happiness and including all the indicators derived from the measures plus perceived health status and satisfaction with partner and family) were significant predictors of life satisfaction and affect balance, based on Diener's theoretical proposal. None of the socio-demographic variables predicted life satisfaction or affect balance. Significant psychosocial predictors of life satisfaction were satisfaction with family, the average level of stress during the last year and the GHQ indicators of (absence of) depression and daily functioning. An increase of 1 unit in these variables (or a decrease in the case of average level of stress) enhanced life satisfaction between 0.22 and 0.37 units (see Table 5.4). Total GHQ score, the number of leisure activities engaged in during the last month and the total perceived social support were significant predictors of affect balance.

An increase of 1 unit in these variables produced an increase of 0.24-0.55 units in positive affect balance (see Table 5.4).

Table 5.4. Significant predictors of current happiness considering demographic and psychosocial variables and 20 life conditions. Significant predictors of life satisfaction and affect balance.

Predicted	Predictor	Cor.R ²	Stand. β	t	p
Current happiness considering psychosocial variables ($F= 16.235$, $p < 0.01$)	Affect balance	0.208	0.176	2.097	0.038
	GHQ-Absence of depression	0.278	0.177	2.108	0.037
	Life satisfaction	0.308	0.159	1.953	0.053
	GHQ-daily functioning	0.327	0.210	2.588	0.011
	Past happiness	0.343	0.150	2.094	0.038
Current happiness considering 20 life conditions ($F= 13.747$, $p < 0.01$)	Family and family relationships	0.124	0.293	4.066	0.000
	Ethical, moral or religious values	0.174	0.368	4.694	0.000
	Sense of belonging and participation in the community	0.235	-0.302	-3.889	0.000
	Personal autonomy and independence	0.250	0.144	2.015	0.046
Life satisfaction ($F= 16.162$, $p < 0.01$)	GHQ-Absence of depression	0.274	0.241	2.137	0.036
	Family satisfaction	0.348	0.370	3.970	0.000
	Average stress	0.406	-0.219	-2.492	0.015
	GHQ-daily functioning	0.434	0.238	2.185	0.032
Affect balance ($F= 56.502$, $p < 0.01$)	Total GHQ	0.399	0.552	8.450	0.000
	Leisure activities undertaken	0.625	0.453	7.042	0.000
	Perceived total support	0.678	0.244	3.719	0.000

4. Discussion

The main aim of this study was to explore current and past levels of happiness in a sample of women and men 65 years or older who had different personal and demographic characteristics. We investigated whether affect balance and life satisfaction correlated positively with and were significant predictors of happiness. Moreover, we investigated the influence of several psychosocial and demographic variables, with a particular focus on institutionalisation, on participants' happiness.

The results showed that participants' current level of happiness was in average 6.6 (SD= 1.90), whereas their past level of happiness was 7.7 (SD= 1.33). Participants

reported being 1.1 units (on a 0-10 scale) unhappier at the time of the study than at earlier periods in their life, which was a significant difference. The values 6 and 7 had the highest response rate with regard to current subjective well-being, and 7 and 8 had the highest response rate with regard to past subjective well-being. These results suggest that it is appropriate and relevant to measure both dimensions of happiness, which clearly reflect different perceptions. The significant difference between the retrospective and current ratings of happiness suggests that participants were not simply replicating their current ratings when completing the subsequent retrospective question in the HS. This suggestion is also supported by the significant but modest correlation between current and past levels of happiness ($r= 0.31$).

Although it has been emphasised that there is some stability of happiness throughout life (Diener and Suh 1998; Diener et al. 1999), studies have shown that older people report both higher and lower levels of happiness than younger people. According to our findings, there is a decline in subjective well-being with age, at least when retrospective reports are considered. Further, levels reported herein agree with other findings that were obtained in Spanish populations from worldwide surveys (e.g., World Database on Happiness, World Values and Gallup Surveys). However, values reported in our study are below those previously reported (Godoy-Izquierdo 2009) for Spanish adults who were 18-65 years-old with regard to their current level of happiness, which was rated as 7.5 on a 0-10 scale. Although our results are very similar with respect to that sample's past level of happiness, which was rated as 7.6, in the same study (it is noteworthy that in that study, higher levels were obtained compared with other studies conducted using Spanish populations). Our findings support adults' tendency to evaluate happiness more positively when a retrospective orientation is adopted (Kennedy et al. 2004; Lacey et al. 2006). Moreover, surveys (e.g., Eurobarómetro 2007; recent data from World Values Survey, Gallup and World Database on Happiness) have indicated that more than 90% of European and Spanish individuals, including all of the adult and elderly age ranges, are "pretty" or "very" happy.

In our study, approximately 76.6% of participants reported a value of 6 or higher on current happiness, which corresponds to a percentage of happy people that is slightly reduced compared to more general surveys. It is interesting to note that the percentages of unhappy people are very similar. Although almost no one claimed to be unhappy with regard to previous moments in their life (the literature indicates that 1 in 10 people claim to be unhappy during adulthood), approximately 1 in 10 adults said they felt miserable at the time of the study.

None of the socio-demographic variables predicted current happiness, supporting previous proposals (Diener 1984; Diener et al.1999; Diener and Suh 1998; Myers and Diener 1995). Contrary to the negative impact of institutionalisation on happiness that has been previously found (Donnenwerth and Peterson 1992; Sterns et al. 2011), being institutionalised did not have a significant impact on happiness in our study. However, being institutionalised may impact whether life dimensions were perceived as determinants of happiness, in addition to the influence on other variables relevant for being happy. Significant differences were found between institutionalised and non-institutionalised participants for 11 of the 20 life dimensions associated with happiness (i.e., personal skills; self-confidence; friendship and social relationships; health, well-being and quality of life; money, wealth and luxury; satisfaction of basic needs; positive emotions and attitudes; life goals and commitments; a sense of belonging and participation in the community; habits and lifestyles; and heredity). For all of the indicators (except heredity), the institutionalized elderly indicated a greater perceived impact of these factors on subjective well-being by rating them more highly than non-institutionalised participants rated them. It is possible that institutionalisation has a negative impact on these life conditions, and consequently the institutionalised elderly perceived these conditions as being more relevant to their own well-being. Institutionalised participants also reported significantly lower self-efficacy, fewer leisure activities, smaller social networks of loved ones and social support and lower positive affect compared to non-institutionalised participants. In contrast, institutionalized participants reported better health status and lower feelings of anxiety than their noninstitutionalised peers. These findings support the relevant role previously found for health, stress and social support in the institutionalised

elders' happiness (Bishop 2006; Cott and Fox 2001; Donnenwerth and Peterson 1992; Sterns et al. 2011). Many elderly live in supportive, caring facilities. Given that institutionalisation may be linked to disadvantages in many psychosocial factors, our findings can aid in the design and implementation of interventions aimed to minimise the negative impact of institutionalisation, particularly by focusing on increasing the perceptions of self-efficacy in the elderly, the number of available family and social networks, the number of available leisure activities and the resources to perform them. However, we have not considered institutionalisation regimes and did not verify whether the decreased levels in these variables were a result of institutionalisation or vice versa (i.e., whether older adults with fewer resources were prone to institutionalisation or whether institutionalisation led to a reduction of these psychosocial variables), which are issues that future research should explore.

Participants' current happiness was significantly correlated with and predicted by a number of psychosocial variables. Specifically, all indicators of physical and mental health and quality of life, general and social self-efficacy, the number of leisure activities performed and the frequency of these activities (but not satisfaction with leisure, which may be due to the inverse association found for non-conducted, desired activities) and perceived social support (independent of the number of available relatives or friends) were positively associated with current happiness, with stronger associations for positive affect, affect balance and life satisfaction. Moreover, perceived stress (independent of the number of stressful events, whether they were perceived as positive or negative events, coping efforts and the impact of stress in terms of health risks), negative affect and the number of nonperformed, desired leisure activities were inversely associated with current happiness. Our results support previous findings regarding the relationships between happiness and health (Fernández-Ballesteros et al. 2001; Kunzmann et al. 2000; Schilling et al. 2013), leisure (Brajša-Zganec et al. 2010; Fernández Ballesteros et al. 2001; Menec 2003), social support (Fernández-Ballesteros et al. 2001; Menec 2003; Waldinger and Schulz 2010) and perceived control (Lang and Heckhausen 2001; Pinquart and Sörensen 2000; Prenda and Lachman 2001) in the elderly population. Our findings add new evidence regarding the impact of stress on happiness in an older population, for which an

inverse relationship has been found in young adults (Schiffrin and Nelson 2010). Contrary to expectations and previous findings (e.g., Ferreira and Sherman 2007), optimism was not associated with happiness. Affect balance, life satisfaction, daily functioning, (the absence of) depression and past happiness predicted current happiness. Although their impact was modest, these factors taken together accounted for 34% of the current levels of happiness in the elderly, with small increases in any of the factors possibly generating notable increases in subjective well-being. These results support the theoretical proposition that both affect balance and life satisfaction are important components of happiness and add new support to the relevant role of mental and physical health status to the levels of happiness, at least with regard to an older age.

We further investigated the determinants of both life satisfaction and affect balance. The absence of depression, daily-life functioning, low stress and, particularly, satisfaction with family were identified as significant predictors of life satisfaction. General health status, recreational leisure activities and social support were predictors of affect balance. Thus, health promotion, stress prevention and increased satisfaction with family, particularly when no intimate relationships exist, social support and the number of and time devoted to leisure activities should be considered with regard to the elderly to promote life satisfaction and affect balance and, in turn, happiness.

Perceived sources of happiness (i.e., life dimensions included in the happiness scale used in this study) that were predictors of current happiness included family and family relationships, faith, religion, moral and ethical values, a sense of integration and participation in the community (inversely), and autonomy and personal independence. This finding supports previous literature regarding the role of family and family relationships on happiness (Lelkes 2008). These findings further support previous findings on self-efficacy (Pinquart and Sörensen 2000). Self-efficacy is one of the most important personal characteristics for happiness as it is linked to control perceptions and self-confidence. As we age, we become more dependent and less autonomous (Escolano et al. 2005), and, consequently, independence and autonomy become very important to the elderly. In addition, the findings of Ellison (1991), Kehn (1995), Myers

(2000), Pollner (1989) and Cohen (2002) regarding religious commitment and spirituality suggest that religious people are happier than non-religious people. Although religiosity and churchgoing is important for well-being at all ages, some authors have found a higher positive effect in elderly populations (Butt and Beiser 1987; Diener and Suh 1998; Leikes 2008; Okun and Stock 1987). Religion is a coherent system of beliefs that can provide meaning to life, hope for the future and help in accepting and coping with losses and crises. Additionally, being part of a community promotes social support and may be related to healthier lifestyles (Myers and Diener 1995; Myers 2000).

Our findings support those of other authors who argue that psychosocial variables are the most important correlates of happiness. Fortunately, many psychosocial variables are modifiable, as opposed to socio-demographic variables that are not. If we know which variables will have the highest impact on happiness, we can help people modify these variables to increase their happiness and quality of life. Our findings further help us in understanding what people value as important for their happiness in late adulthood and should be taken into consideration when designing interventions aimed at increasing happiness among older adults, who are at risk of feeling less happy than when they were younger. To summarise, increasing personal skills, perceptions of self-efficacy and personal competence, improving positive emotions, promoting healthy lifestyles as well as physical and mental health and daily functioning, enhancing life satisfaction and increasing social networks, and offering more support and leisure opportunities can help older adults feel happier, particularly when they are institutionalised. The enhancement of these factors should be considered as promising interventions, which should also inform older adults about social resources, associations and groups available in the community that may promote psychosocial correlates of happiness.

Feeling happy should be considered a resource in life. In older adults, subjective well-being has been associated with healthier aging. Happier people have better physical and mental health, including healthier cardiovascular, immune, neuroendocrine and inflammatory functions, lower levels of pain, stress and

depressive symptoms, better behavioural habits and better daily functioning and quality of life (Benyamini et al. 2000; Diener et al. 1999; Friedman et al. 2007; Kelsey et al. 2006; Ostir et al. 2001; Pressman and Cohen 2005; Steptoe et al. 2005). Happier institutionalised older adults show better gripping ability and social and daily functioning (Cott and Fox 2001). Happy people live longer and are more autonomous than less happy people (Danner et al. 2001; Frijters et al. 2005; Koopmans et al. 2010; Lucas 2007), although both previous and prevalent morbidity and health behaviours, such as physical activity, might play a mediating role. In brief, happiness can help increase life expectancy and healthy life expectancy (Koivumaa-Honkanen et al. 2000; Pressman and Cohen 2005; Veenhoven 2008). Happiness may be used also to predict time of death in the elderly (Gerstorf et al. 2008; Mroczek and Spiro 2005): During the period immediately before their death, respondents reported a steeper decline in their life satisfaction, which was independent of self-rated physical health in the period preceding death.

This study has limitations that should be noted. The main limitation was the sample size, with replication required using a larger sample. The sample is composed of primarily poorly educated, low-income elders, yet it can be considered representative of the elderly Spanish general population. Nonetheless, we encourage researchers to replicate our findings with participants who have higher education levels and monthly incomes. There was an over-representation of chronically ill people in our sample compared to national data on the health status of the elderly; however, the figures were more similar to those presented for the South of our nation. There was an under-representation of institutionalised older adults, although the vast majority of Spanish elderly are not institutionalised. In addition, we did not consider whether institutionalisation was desired and the reasons for and the regime of the institutionalisation. We did not control for the length of institutionalisation, and differences can be found at the initial adjustment stage compared to long-term stays (Sterns et al. 2011). Thus, further studies with healthier people and with institutionalized people are necessary. In addition, assessment procedures based on multi-item scales and multi-method designs are preferable. Therefore, it would have been desirable to have reports from people who were close to the participants to

confirm or complete the participants' self-reports. We limited assessment to self-reports in this study. Lacey et al. (2011) stated that the age-happiness bias, in that there is a common and persistent misconception that happiness decreases with age, which is contrary to the stability or even the increase in happiness across adult life-span that some studies have reported, can be derived in part from biases in self-reports. Although self-reports of current levels of happiness have been considered reliable, valid and consistent (Diener et al. 1999), biases and shortcomings of retrospective self-reports have been explored. Several reasons related to personal, measurement and contextual factors have been proposed as underlying such biases and pitfalls (Bernheim et al. 2006; Easterlin 2002; Hagerty 2003; Kahneman and Krueger 2006; Kim-Prieto et al. 2005; Lacey et al. 2006, 2011; Oishi 2002; Robinson and Clore 2002; Schwartz and Strack 1999; Schwarz et al. 2009; Shmotkin and Shrira 2012). Among elderly individuals, some phenomena have been explored to explain why older adults may misremember greater levels of happiness at younger ages, similar to the results from participants in the present study (Carstensen et al. 2000, 2003; Kennedy et al. 2004; Leighland et al. 2004; Mather and Carstensen 2005; Murphy and Isaacowitz 2008; Singer et al. 2007). Thus, retrospective data on happiness should be considered with caution. But cross-sectional comparisons with our own and other researchers' findings show that the participants in the present study reported lower levels of happiness than younger Spanish adults, which suggests that the decline in happiness with age might not be a misperception. Other empirical findings support this same tendency (Lacey et al. 2006). In an elderly Spanish population, age was inversely associated with life satisfaction (Fernández-Ballesteros et al. 2001). Nonetheless, without longitudinal data, we cannot absolutely rule out the possibility that older participants really were happier when they were younger and became less happy over time. Longitudinal data support this age-related decline (Baird et al. 2010; Mroczek and Spiro 2005). Given that cross-sectional studies show a more optimistic picture of age-related changes, we encourage conducting longitudinal studies. Finally, due to the lack of standardised measures that were well suited to the objectives of this study, we built or modified tools in some cases without appropriate validation studies.

Despite these limitations, our results are novel and interesting given that they highlight the importance of evaluating happiness in both current and past dimensions. This study established psychosocial correlates of happiness among older adults, and it may help increase subjective well-being and quality of life in people at this age by focusing interventions on the enhancement of personal and social resources for being happy. This is particularly important for the elderly, as it is evident from our findings and from other reported cross-sectional and longitudinal findings that people who are older are not as happy as they were when they were younger.

CAPÍTULO 6:

Estudio 2: *Multidimensional Psychosocial Profiles in the Elderly and Happiness: A Cluster-Based Identification*

*“La felicidad es como las neblinas ligeras,
cuando estamos dentro de ellas, no las vemos”*

Amado Nervo

Publicado como:

Lara, R., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M.L., Padial, A., Araque, F. & Godoy, J.F. (2014). Multidimensional psychosocial profiles in the elderly and happiness: a cluster-based identification. *Aging and Mental Health*, 18, 489-503.

(Índice de Impacto en 2012: 1.677

Fuente: Journal Citation Reports JCR Social Sciences Edition;

1ª Mediana en categoría GERONTOLOGY, Posición: 12/31;

1ª Mediana en categoría PSYCHIATRY, Posición: 61/121)

Abstract

Objectives: Evidence supports that subjective well-being (SWB) diminishes in the old age and that this decline is strongly determined by elders' psychosocial resources. This study explored person-centred, multidimensional, empirically-derived profiles of psychosocial functioning in the elderly and related each trajectory to differing configurations of SWB. *Method:* A community-based, convenience sample of Spanish institutionalised and non-institutionalised elders voluntarily participated in this cross-sectional study. *Results:* A cluster analysis produced three within-person psychosocial profiles characterised by distinct patterns of functioning: highly successful elders demonstrated to be healthy, highly confident in their own resources and very active in daily life; moderately successful elders demonstrated average functioning across domains, although they expected decreases in the future; and highly impaired elders were ill and stressed, at a high risk for future health problems and depression, and tried to compensate for their status mainly through social support. Each of these profiles was related differently to SWB configurations: highly successful elders demonstrated significantly higher happiness, positive affect, affect balance and life satisfaction; moderately successful elders showed average levels of SWB but decreased positive affect; and highly impaired elders demonstrated dramatically lower SWB. Furthermore, such trajectories were associated with the elders' living condition. The happiest elders were more likely to be home-dwelling elders; however, there were fewer unhappy elders among those who were institutionalised. *Conclusion:* A person-centred approach to assessing psychosocial and SWB configurations provides a rich picture of individual differences in the ageing processes and can help in designing interventions aimed at enhancing happiness in old age.

Keywords: Subjective well-being, person-centred approach, cluster analysis, ageing, elders.

1. Introduction

Many studies have been conducted regarding the correlates of happiness with a focus on age (e.g., Argyle, 1999; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999), but inconsistent findings have been reported. A number of studies have shown similar, lower or higher rates of happiness among elders compared to younger individuals. Thus, ageing and related phenomena may affect subjective well-being (SWB), but the impact of their influence is still unclear.

Several studies conducted with large representative samples from the USA and Europe concluded that happiness, affect balance and life satisfaction improve from mid to late adulthood (Diener & Suh, 1998; Lacey, Smith, & Ubel, 2006; Singer, Rexhaj, & Baddeley, 2007; Stone, Schwartz, Broderick, & Deaton, 2010). These findings were obtained despite the fact that certain objective resources that correlate with SWB, such as health, marital and financial status, might be worse for older people (Blanchflower & Oswald, 2008; Diener & Suh, 1998; Ehrlich & Isaacowitz, 2002; Hamarat et al., 2002). Further, there seems to be a U-shaped, lifelong happiness curve, which is only marginally altered when data are adjusted for potential covariates (e.g., education, income, employment status, female gender, marital status, having children at home), indicating that these life conditions do not account for much of the age–happiness relationship (Blanchflower & Oswald, 2008; Stone et al., 2010). Some researchers have criticised the U-shaped profile by arguing methodological concerns and by demonstrating that this profile is not as apparent when variables are not controlled for or when they are appropriately controlled for (Glenn, 2009; Lelkes, 2008).

Older age has also been shown to be an unhappier life stage compared to earlier stages. A negative correlation has been found between age and life satisfaction over the age of 60 (Chen, 2001). Several studies have demonstrated a lifespan inverted U-shaped, curvilinear pattern, with a decline in happiness as age advances, particularly after the age of 65 (Lang & Heckhausen, 2001; Lelkes, 2008; Pinqart, 2001). These findings were obtained after controlling for demographic variables, including health.

Furthermore, in contrast with cross-sectional data, longitudinal data clearly show this drop in happiness for late adulthood (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010; Mroczek & Spiro, 2005). This finding is supported when a personal time perspective (intertemporal judgements) is adopted and elders rate their past, present and expected future happiness (Godoy-Izquierdo, Lara, Vázquez, Araque, & Godoy, 2013; Lacey et al., 2006; Lachman, Röcke, Rosnick, & Ryff, 2008; Röcke & Lachman, 2008).

Thus, inconsistent findings have been reported with regard to the link age–happiness. Cultural differences, methodological issues and confounding factors may underlie this inconclusiveness (Godoy-Izquierdo et al., 2013). However, current cross-sectional and longitudinal data suggest that there is a decrease in happiness in the elderly. If happiness declines as age advances, then it is of special interest to identify life or personal conditions that may prevent this dropping tendency or even improve SWB at this life stage. Consequently, this study explores person-centred, multidimensional, empirically-derived profiles of psychosocial functioning among Spanish elders with the intention of relating each trajectory to differing multidimensional configurations of SWB. Establishing psychosocial, changeable variables with an influence on happiness allows for a focused intervention on these personal resources in order to protect or enhance SWB in the elderly.

Based on person-centred approaches (for a review on this issue, see Busseri, Sadava, Molnar, & DeCourville, 2009; Gerstorf, Smith, & Baltes, 2006; Röcke & Lachman, 2008), it has been empathised that there is a high variability in the elderly population with regard to health, functional and psychological status (Maxson, Berg, & McClearn, 1997; Smith & Baltes, 1997). This variability reflects different patterns or "profiles of ageing" in multiple domains of functioning and health, from more to less successful ageing processes. It has also been proposed that these heterogeneous patterns may be considered as assemblages of interrelated variables (Smith & Baltes, 1997) and that, consequently, such variability may not be adequately represented by univariate groupings (Maxson et al., 1997).

We examined the variability in the ageing processes by means of person-centred, multivariate, empirically-derived clustering of elders, establishing within-

person profiles of functioning across domains (i.e., several psychosocial indicators of different dimensions of functioning) and further expecting that each trajectory is related to differing SWB configurations in the elderly. The main aim of this study was threefold. First, we performed cluster analysis to describe intraindividual psychosocial configurations by identifying groups of Spanish elders characterised by distinct configurations in terms of healthy and functional ageing, based on their scores on several psychosocial variables. The psychosocial variables included have been found to be the main correlates of SWB in old age (see Godoy-Izquierdo et al., 2013 for a review). We predicted that some elders would be characterized by a low impairment profile, as indicated by the co-occurrence of better perceived health status and health-related quality of life, greater personal (i.e., self-efficacy, optimism), social (i.e., social network, social support and satisfaction with it) and leisure resources (i.e., participation in enjoyable activities and satisfaction with leisure), and infrequent stress, better coping resources and a lower risk of stress impact on health. At the other extreme, we expected to find a high impairment profile, demonstrated by the opposite configuration. Further, to the extent that individuals differ in more than just extreme amounts of these variables (i.e., high–low), distinct intermediate psychosocial profiles were expected beyond two dichotomised profiles (Busseri et al., 2009). There are some person-centred studies on multidimensional psychosocial patterns or clustering in the elderly and their relation to healthy functioning and positive ageing (e.g., Borglin, Jakobsson, Edberg, & Hallberg, 2006; Ko, Berg, Butner, Uchino, & Smith, 2007; Penrod et al., 2007), but none of them included in the configuration as many variables as we do and addressed our following research aims.

Second, we sought to relate these psychosocial profiles with participants' SWB by exploring differences among psychosocial profiles in current happiness, positive and negative affect and life satisfaction. We predicted that people characterised by distinct psychosocial configurations should differ in meaningful ways in their SWB. We expected that individuals characterised by a low impairment profile would report elevated levels of current happiness, affect balance and life satisfaction, whilst participants characterised by a high impairment profile would report poor levels of SWB. Compared to these profiles, people with moderate impairment configurations

should reveal intermediate levels of SWB. There are some studies exploring the profiles of elders by means of cluster analysis using SWB scores as classifying variables (e.g., Röcke & Lachman, 2008; Schneider et al., 2003). Studies using SWB as an external outcome or criterion variable (i.e., not introduced previously in the cluster analysis) of successful and less successful ageing are scarce. As far as we know, only two studies (Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997) have used this approach, but they used morale (a composite of several scores including life satisfaction) as an indicator of SWB as the outcome variable, which limits their conclusions for SWB. Further, institutionalised elders were included, but the possible relationships between clustering membership and institutionalisation were not explored.

Finally, we sought to establish the profiles' composition and its relationship to SWB as a function of the living condition (i.e., institutionalisation). Based on previous contradictory findings reflecting both a positive and a negative effect or even no impact of institutionalisation on SWB (e.g., Bishop, 2006; Donnenwerth & Peterson, 1992; Godoy-Izquierdo et al., 2013; Sterns, Allen, & Kahana, 2011; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000), and also based on the finding that although happiness may not be different among community-dwelling and institutionalized elders, the factors contributing to their SWB may be different or have a differing influence (Godoy-Izquierdo et al., 2013), we predicted that there would be a greater number of institutionalised elders with poorer psychosocial and SWB profiles, while most non-institutionalised elders would show more positive psychosocial and SWB profiles. None of the above-mentioned studies has considered psychosocial clustering to determine the influence of institutionalisation on SWB.

2. Methods

2.1 Participants

A community-based, convenience sample composed of 154 Spanish institutionalised and non-institutionalised men (50%) and women (50%), who were 65–96 years old ($M = 77.44$, standard deviation (SD) = 8.03; women: 65–96 years old, $M =$

78.19, SD= 7.17; men: 65–91 years old, M= 76.67, SD= 8.79; $t = -1.166$, $p = 0.246$), voluntarily participated in this study. The participants were recruited from private homes, public places (e.g., parks, churches and health centres), neighbourhood associations, nursing and geriatric homes, day centres, recreational centres for adults and schools for adults in a province in the South of Spain (Granada). For the purposes of the present study, only the individuals, particularly those who were institutionalised, who did not have a diagnosis of any serious neurological or psychopathological disorder, were selected from an initial larger sample of elders who were asked to participate in a broader study on the quality of life during old age.

Of the participants, 35.7% were institutionalised in nursing or rest homes in partial or complete regimen and 64.3% lived in their own homes (with or without relatives or others). According to current Spanish data from the National Statistics Institute, approximately 3.5% of people 65 years or older are institutionalised in geriatric centres with a complete regimen, whereas 40% of elders use other types of community services for the elderly such as day centres. Other participants' demographic data are presented in Table 6.1.

In Spain, elders represent 8 million people, such that 1 out of 6 people is 65 years or older and 1 out of 3 individuals in Spanish homes is an elder (National Statistics Institute, 2010). Based on national databases such as National Statistics Institute, Women Institute and Elders and Social Services Institute, participants in this study can be considered as comparable to the general older population in our nation in terms of marital status and educational and socio-economic level. Further, participants' health status is comparable to that informed in national reports (e.g., Gonzalo & Pasarín, 2004); higher morbidity/ mortality rates have been observed in the Southern regions. The ill participants in our study reported to suffer from several chronic diseases. Prescribed treatments reported by those who indicated to be under any kind of therapy were varied. A relevant percentage of participants indicated to experience a major stressful life event at the time of the study (see Table 6.1).

Table 6.1. Sociodemographic conditions of the sample.

CONDITIONS		N	%
MARITAL STATUS	Single with no history of a regular partner	3	1.9
	Married or in a stable relationship	87	56.5
	No current partner but a history of a stable or marital relationship (separated/divorced, widow)	64	41.6
EDUCATION LEVEL	No education	32	20.8
	Primary	71	46.1
	Secondary	26	16.9
	Vocational training	11	7.1
	University	14	9.1
EMPLOYMENT STATUS	Working	3	1.9
	Unemployed	4	2.6
	Housework	32	20.8
	Retired	115	74.7
MONTHLY FAMILY INCOME	< 1000 €	68	47.6
	1000-2000 €	66	46.2
	2000-3000 €	6	4.2
	> 3000 €	3	2.1
NUMBER OF CHILDREN	0	16	10.4
	1	5	3.2
	2	36	23.4
	3	49	31.8
	≥ 4	39	31.1
CHRONIC DISEASE	Yes, of which	115	74.7
	Cardiovascular diseases including coronary and vascular diseases, hypertension and high cholesterol		47.9
	Bone and rheumatic diseases including osteoporosis, osteoarthritis and rheumatoid arthritis		27.1
	Diabetes		6.9
	Hyperthyroidism		4.2
	Neurologic diseases including multiple sclerosis, Parkinson and limb paralysis		3.5
	Respiratory diseases including asthma and chronic bronchitis		2.8
	Limb amputation		2.8
	Sensorial deficit		2.1
	Prostate diseases		1.4
	Cancer		1.4

(Table 6.1. Continued).

ANY KIND OF THERAPY	Yes, of which	118	76.6
	Cardiovascular treatments		26.5
	AINEs		19.7
	Calcium and vitamins supplements		6.8
	Diabetes treatments		5.1
	Hyperthyroidism treatments		4.3
	Anxiolytics		3.4
PERCEIVED STRESSFUL SITUATION	Yes, of which *	19	12.3
	Death of a relative (spouse, offspring, siblings, parents)		26.3
	Spouse's health problems		10.5
	Marital crisis		10.5
	Financial problems		10.5
	Conflicts with a relative		10.5
	Unemployment of a relative		10.5
	Health problems of a relative		5.3
	Marital crisis of a relative		5.3
	Traffic accident of a relative		5.3
	Legal problems		5.3

* *One's own health problems or unemployment were not considered here.*

2.2 Measures

SWB measures:

The Happiness Scale (HS; Godoy-Izquierdo et al., 2013) assesses current happiness (i.e., in the last few days or weeks) and general or past happiness (during their lifetime) using two questions ('How happy are you.../ were you...' followed by the aforementioned sentences) to which participants respond on a numeric rating scale from 0 (very unhappy) to 10 (very happy). Only current happiness score was used in this study. The HS also includes a list of 20 life dimensions (e.g., family and family relationships, work, leisure time and hobbies) for which the respondents have to indicate on a numeric rating scale the degree to which they perceive that each one contributes to their current happiness from 0 (nothing at all) to 10 (very much). The Affect Balance Scale (ABS; Warr, Barter, & Brownbridge, 1983; Spanish version by Godoy-Izquierdo, Martínez, & Godoy, 2008) assesses positive affect and negative affect, and a total affect balance score can be obtained by subtracting negative affect

from positive affect, with a positive score indicating positive affect dominance. Higher scores indicate higher positive and negative affect and affect balance. The psychometric properties of the ABS have been well established in the Spanish population (Godoy-Izquierdo et al., 2008). Internal consistencies for the positive and negative affect dimensions were $\alpha= 0.80$ and 0.77 in this study. The Life Satisfaction Scale (LSS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993; Spanish version by Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000) assesses participants' general levels of satisfaction with their lives. Higher scores indicate higher life satisfaction. The psychometric properties of the LSS have been widely established in the Spanish population (Atienza et al., 2000). Internal consistency for the LSS was $\alpha= 0.84$ in this study.

Psychosocial Variables Considered for Clustering

The General Health Questionnaire (GHQ28; Goldberg, 1981) assesses the individuals' perceived health status in four areas (i.e., physical health, absence of anxiety, daily functioning and absence of depression), with four partial scores and a global score that can be obtained by summing the partial scores. Higher scores reflect better health status. Its psychometric properties have been widely established in the Spanish population (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas, & Sánchez-Barrera, 2002). Internal consistency for this scale was $\alpha= 0.92$ in this study. The SF-12 Health Survey (Ware, Kosinski, & Keller, 1996; Spanish version by Vilagut et al., 2008) provides a profile of the individuals' perceived overall health status which is considered a quality of life indicator. It assesses physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, vitality, bodily pain and general health. Two main indicators, physical and mental health, can be obtained after coding, aggregating and transforming responses, with scores close to 0 reflecting the worst health status and scores close to 100 reflecting the best health status. The psychometric properties of this survey have been widely established in the Spanish population (Vilagut et al., 2008). The General Self-Efficacy Scale (SES; Sherer & Adams, 1983) assesses both general self-efficacy and social self-efficacy. Higher scores indicate greater perceived personal efficacy. This scale's psychometric properties have been

established in the Spanish elderly population (Montorio, Izal, Sánchez, & Losada, 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol. Internal consistency for the SES was $\alpha= 0.82$ in this study. The Life Orientation Test (LOT; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Spanish version by Ferrando, Chico, & Tous, 2002) assesses optimism, with higher scores indicating better expectations for the future. The psychometric properties of the LOT have been widely established in the Spanish population (Ferrando et al., 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol. Internal consistency for the LOT was unexpectedly low in this study due to inverse items ($\alpha= 0.67$). The Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOSS; Sherbourne & Stewart, 1991, Spanish version by Remor, 2003) assesses social support, including emotional/informational, tangible, affectionate and positive social interactions dimensions. A global score of total perceived social support was obtained, with higher scores indicating greater perceived social support. The number of available relatives and friends was also reported. Psychometric properties in the Spanish population have been well established (Revilla, Luna del Castillo, Bailón-Muñoz, & Medina-Moruno, 2005). Internal consistency for the total perceived social support dimension was $\alpha= 0.96$ in this study. The Revised Stressful Life Events Scale (RSLES; Holmes & Rahe, 1967; Miller & Rahe, 1997; adapted version by Godoy-Izquierdo et al., 2013) assesses 43 stressful life events appropriate for the elderly for which participants had to indicate which one(s) they had lived through over the past year (total number) and whether they were a positive or negative experience, whether they were perceived as stressful events (average stress for the total number of events) and whether something could have been done to solve it and, if so, whether the action was effective (average coping for the total number of events). An impact index was calculated following the procedure proposed by Miller and Rahe (1997) by adding events' scores considering Holmes and Rahe coefficients and an average coefficient in the case of the added events. Higher scores indicate greater number of stressful events, average stress, coping and stress impact. The psychometric properties of the original scale were presented by Scully, Tosi, and Banning (2008) for a non-Spanish population. The Spanish version presented here has not yet been validated, but González de Rivera and Morera (1983) made a Spanish

adaptation of the original scale. The Leisure Activities in the Elderly Survey (LAES; Godoy-Izquierdo et al., 2013) consists of a list of 30 activities that include cultural, physical/sport, social/family, audio-visual, community involvement, recreational/artistic and educational leisure activities that older adults could be involved in. Participants had to indicate the leisure activities that they had performed during the last month (number of undertaken activities), noting also how much time they spent participating in each activity weekly or monthly (as appropriate; weekly participation was converted to hours implicated in the activity on a monthly basis) and their satisfaction with each activity. Higher scores indicate greater leisure participation (addition of number of activities, monthly time on average) and satisfaction (average), respectively. Participants also indicated which activities they did not participate in but would like to (number of desired activities). An "other" blank was provided to allow the participants to record additional activities not included in the survey.

Given the features of the surveys HS, SF-12, RSLES and LAES, estimates of reliability other than internal consistency should be considered (i.e., test-retest temporal stability), but we were unable to calculate them in this study.

Sociodemographic Data

Participants also reported their age, sex, marital status, education level, employment status, monthly family income and number of children. They also indicated their perceived health status to a face-valid question with answers on a Likert-type scale from 0 (very poor) to 10 (excellent), whether they were suffering from any disease at the time of the study and diagnoses, whether they were under any kind of treatment or therapy and whether they were going through any personal or family stressful situation at that moment.

2.3 Procedure

We provided all participants with general information regarding the main objective of the study and requested their voluntary participation. Individuals who decided to participate signed a consent form. Then, they received detailed information regarding the study and specific instructions as to how to complete the questionnaires correctly.

The assessment tools were counterbalanced to avoid order bias. The way of application was collective, but due to personal limitations it was either individualized or in an interview format in a few cases. All of the participants completed the questionnaires during a single session. This study was approved by the Ethics in Research committee within the authors' institution.

2.4 Statistical Analyses

All the variables were recorded, so high scores meant high levels of the respective feature. The scores were then transformed to Z scores. Standardised scores were used to eliminate scaling differences among variables. Preliminary and exploratory analyses were conducted to check the data and parametric assumptions. None of the variables were normally distributed (Kolmogorov-Smirnov test, $p < 0.05$); however, Levene's tests confirmed homoscedasticity for the vast majority of the variables ($p > 0.05$). Thus, besides descriptive analyses, parametric tests were performed (with correction for non-homoscedasticity when appropriate). The level of significance was set at $p < 0.05$.

To establish different elderly profiles according to their scores on the psychosocial variables, we performed multivariate k-means cluster analyses (Clatworthy, Buick, Hankins, Weinman, & Horne, 2005; Jain, Murty, & Flynn, 1999). This analysis was utilised to maximise both the separation among clusters and the homogeneity within clusters. To decide the optimal number of clusters, we calculated the pseudo F (PSF) or variance ratio criterion (Calinski & Harabasz, 1974), as it has

proven to be the most efficient statistic for determining the goodness of the clustering solution (Milligan & Cooper, 1985). The number of clusters corresponding with the highest PSF value is the optimal solution. We also considered Goodman and Kruskal's λ value (the closer to 0, the better the variables are working for clustering) and percentage of cases correctly classified (the higher the percentage, the better the solution).

In addition, a discriminant analysis was performed with all the variables to identify the best subset of variables for each cluster, that is, in order to corroborate the appropriateness of the groups and to establish the responsible variables for this grouping. Then, once the clusters had been established, we performed univariate one-way analyses of variance (ANOVA) and multiple pairwise comparisons to explore significant differences among the profiles and in relation to SWB. SWB indicators were not only used as criterion variables to cross-validate (i.e., external validation; Gerstorff et al., 2006; Maxson et al., 1997; Smith & Baltes, 1997) the cluster solution that was found but also as outcome variables to explore expected different outcomes derived from different psychosocial configurations. analyses of covariance (ANCOVA) were run to partial out the effect of sociodemographic conditions on SWB when cluster membership was considered.

Finally, we conducted chi-square tests to explore differences in cluster membership between non-institutionalised and institutionalised elders. Additionally, two-way ANOVAs were run to explore the interaction effect of cluster membership and institutionalisation on SWB. Because cluster analytic techniques are particularly sensitive to outliers, univariate and multivariate outliers were identified before the analytic techniques. For univariate outliers, Z scores with an absolute value of greater than 3 (33 cases) were considered as potential outliers. For multivariate outliers, a case was considered an outlier if the probability associated with D2 in the Mahalanobis' test was 0.001 or less. Four cases had an unusual combination of values for the variables and were considered as potential outliers. Because outliers can be derived from a non-normal distribution of data, we also screened those values with boxplots and descriptive data. Based simultaneously on the univariate and multivariate tests, we

excluded only two participants from the analyses given their outlier values for two of the variables (social support: number of friends and relatives). The excluded cases formed isolated clusters in a set of analyses similar to the one described below; similar findings were obtained by Smith and Baltes (1997). The remaining possible outliers were considered unusual but possible values, and we retained those cases for the analyses. The final sample was composed of 152 elders.

Further, multicollinearity may profoundly affect cluster analyses, with variables which are highly intercorrelated being over-represented in the outcomes. We found no multicollinearity among the independent variables of this study, with variance inflation factor (VIF) being lower than 10 and the tolerance being greater than 0.1 for all variables except for the number of stressors and stress impact, which demonstrated a potential higher collinearity with each other ($R^2 = 0.96$; VIF= 13.8 for each one, tolerance= 0.07 for each one). However, the condition index, which is considered to be the most robust test of multicollinearity, was lower than 15 for all variables, including number of stressors (4.2) and stress impact (11.1). Consequently, no multicollinearity was detected and none of the variables were excluded from or combined for the cluster analysis.

3. Results

A k-means cluster analysis was conducted and two-cluster, three-cluster, four-cluster and five-cluster solutions were analysed. The psychosocial variables considered in the analysis were general and social self-efficacy, optimism, number of undertaken and non-undertaken but desired leisure activities, monthly frequency of leisure activities, leisure satisfaction, social support quantified as the number of available friends and relatives, total perceived social support, number of major life stressors, average stress, average coping, total impact of stress and eight indicators of perceived health and quality of life (physical health, absence of anxiety, daily functioning, absence of depression and global health scores from the GHQ, physical and mental

health scores from the SF-12 and responses to a face-valid question on perceived current health).

We chose the three-cluster solution because it was the solution with a greater percentage of participants in each cluster grouped correctly, it offered the biggest amount of information with the fewest number of clusters (i.e., had higher parsimony), it did not group a low number of atypical cases in a cluster (i.e., had higher replicability) and it had an easier and more meaningful interpretation. Missing data for each variable was very low (one case (0.7% of cases) for number of friends available, six cases (3.95%) for average stress and coping; hence, seven participants were removed from the analysis). An initial ANOVA revealed significant differences among the clusters for all the included variables except total perceived social support ($p > 0.10$), number of supportive friends and relatives and leisure non-undertaken activities ($p > 0.10$). Thus, we reran the cluster analysis with the significant and close-to-significance variables (thus excluding only total perceived social support).

Three groups were identified, solution supported by PSF value, λ value and percentage of cases correctly clustered, all of which reached optimum values for three clusters. Each cluster was characterised by different psychosocial profiles (Figure 6.1).

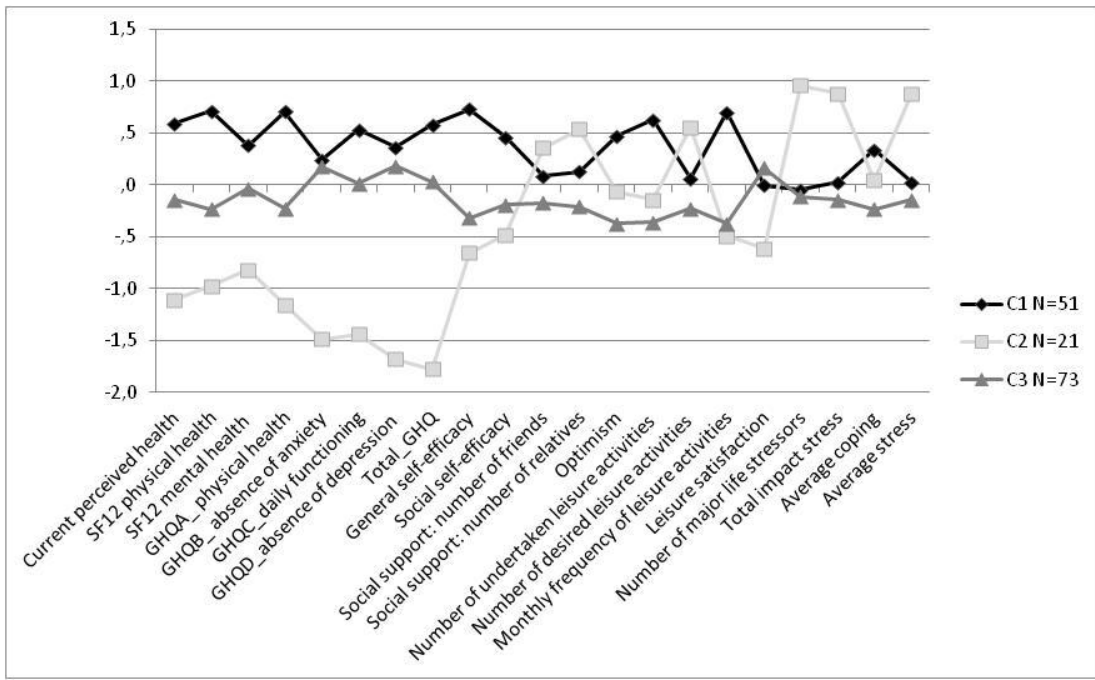


Figure 6.1. Graphical representation (centroids) of the psychosocial profiles identified by the cluster analysis. Cluster 1 is composed mainly of highly successful older adults; Cluster 2 is composed mainly of highly-impaired elders; Cluster 3 is composed mainly of moderately successful elders.

One group, composed of 51 elders (35.2% of participants), was characterised by higher (standardised) levels of mental and particularly physical health, general and social self-efficacy, optimism, coping efficacy, number of performed leisure activities and monthly frequency of leisure activities; this group also displayed average levels of number of supportive friends and relatives, number of non-undertaken leisure activities, leisure satisfaction, number of major life stressors, average stress and total stress impact. Many of the scores (12 out of 21) were rounding +0.5 SD or more above the mean. A second group of 21 elders (14.5%) was characterised by a higher number of supportive relatives and friends, non-undertaken leisure activities and major life stressors, with also higher stress and stress impact; these indicators ranged from +0.5 to +1 SD. This group reported average levels of optimism, number of undertaken leisure activities and coping efficacy, and they demonstrated dramatically lower levels of mental and physical health (-1 to -2 SD), general and social self-efficacy, monthly

frequency of leisure activities and leisure satisfaction (all at -0.5 SD). A third group was composed of 73 elders (50.3%). This group was characterized by average or slightly lower scores for most of the variables (18 of 21) except absence of anxiety and depression and leisure satisfaction, in which they demonstrated slightly higher (standardised) scores (although lower than +0.5 SD). Based on these profiles, reflective of different levels of adaptation and healthy and active ageing, we labelled these groups as highly adapted, successful elders, highly impaired elders and moderately impaired, successful elders, respectively. A discriminant analysis showed a Wilks' lambda value of 0.107 ($X^2 = 296.510$, $p = 0.000$) for the global model, demonstrating a high discriminant power. Using this clustering, 97.2% of the cases were correctly classified.

Clusters were compared on the set of psychosocial measures using one-way ANOVAs and pairwise comparisons. The ANOVAs revealed significant differences for all variables among the clusters, with the difference for number of available friends being close to significance (Table 6.2). Bonferroni's or Games–Howell's pairwise comparisons were conducted upon Levene's F values. There were significant differences ($p < 0.01$) between clusters of highly successful and highly impaired elders on all the psychosocial variables except optimism, number of non-undertaken leisure activities, leisure satisfaction, number of available relatives and friends, average coping ($p > 0.05$) and average stress (close to significance, $p = 0.068$). Significant differences were found between clusters of highly adapted and moderately impaired elders on all the psychosocial variables ($p < 0.01$ for all, except for SF mental health, $p < 0.05$) except the number of nonundertaken leisure activities, leisure satisfaction, number of available relatives and friends, GHQ indicators of absence of anxiety and depression, number of major life stressors and total stress impact ($p > 0.05$). Further, significant differences were found between clusters of highly and moderately impaired elders for all variables ($p < 0.01$ for all, except for non-undertaken leisure activities, $p < 0.05$) except general and social self-efficacy, optimism, number of available friends and relatives, undertaken leisure activities, frequency of leisure activities, average stress and coping ($p > 0.05$; for leisure satisfaction, $p = 0.076$). ANOVAs revealed significant differences in cluster membership due to age ($F = 16.588$, $p = 0.000$). Pair comparisons showed

significant differences between clusters of highly successful ($M= 73.82$, $SD= 7.71$) and moderately successful elders ($M= 81.05$, $SD= 7.03$) ($p= 0.000$) and between clusters of highly impaired ($M= 74.38$, $SD= 7.89$) and moderately successful elders ($p= 0.001$), with no differences between clusters of highly successful and highly impaired elders.

Further, ANOVAs were performed to explore differences among the elders in each cluster with respect to current happiness, affect balance, positive and negative affect and life satisfaction. Significant differences were found for all the variables (Table 6.3). Happier elders were more likely to be grouped in the cluster of highly successful elders, while the unhappiest elders were more likely to be grouped in the cluster of highly impaired elders. The cluster of highly successful elders significantly differed from the other two clusters for all variables ($p < 0.01$) except life satisfaction when compared to the cluster of moderately impaired elders ($p > 0.05$). The clusters of highly and moderately impaired elders significantly differed for all these variables ($p < 0.02$) with the exception of positive affect ($p > 0.05$). Figure 6.2 displays these differences along with the standardised levels for each variable.

Table 6.2. Means (centroids), standard deviations and comparisons among the clusters for the psychosocial variables (Z scores) (N= 145).

Variables	SUC (C1)		IMP (C2)		MOD (C3)		F	p
	N= 51		N= 21		N= 73			
	M	SD	M	SD	M	SD		
Current perceived health	.593	.78	-1.103	1.19	-.142	.72	33.357	.000**
SF12_physical health	.717	.88	-.974	.68	-.231	.80	37.978	.000**
SF12_mental health	.380	.86	-.813	.74	-.037	1.02	12.314	.000**
GHQ_physical health	.707	.60	-1.151	.81	-.230	.88	46.511	.000**
GHQ_absence of anxiety	.246	.86	-1.486	1.03	.178	.68	39.880	.000**
GHQ_daily functioning	.531	.83	-1.438	.91	.019	.75	44.933	.000**
GHQ_absence of depression	.366	.56	-1.677	1.28	.182	.65	61.214	.000**
Total_GHQ	.579	.67	-1.175	.64	.033	.65	97.071	.000**
General self-efficacy	.730	.70	-.654	.98	-.316	.89	30.659	.000**
Social self-efficacy	.457	1.12	-.482	.96	-.192	.76	10.544	.000**
Optimism	.473	1.11	-.063	1.18	-.367	.70	12.048	.000**
Social support: # friends	.088	.96	.359	1.81	-.171	.64	2.631	.076
Social support: # relatives	.129	.94	.537	1.61	-.209	.77	5.129	.007**
# undertaken leisure activities	.625	.92	-.143	1.22	-.360	.75	18.748	.000**
# desired leisure activities	.062	.97	.559	1.25	-.224	.88	5.492	.005**
Monthly frequency of leisure activities	.704	1.02	-.489	.94	-.367	.65	28.410	.000**
Leisure satisfaction	-.004	.89	-.612	1.48	.166	.85	5.182	.007**
# major life stressors	-.048	1.01	.960	1.14	-.112	.75	11.938	.000**
Average stress	-.365	1.19	.265	1.00	.210	.72	6.330	.002**
Average coping	.341	1.11	.046	.88	-.232	.88	5.278	.006**
Total stress impact	.023	1.07	.883	1.14	-.140	.72	10.168	.000**

SUC: Cluster 1, composed mainly of highly successful older adults; IMP: Cluster 2, composed mainly of highly-impaired elders; MOD: Cluster 3, composed mainly of moderately successful elders. ** $p < 0.01$

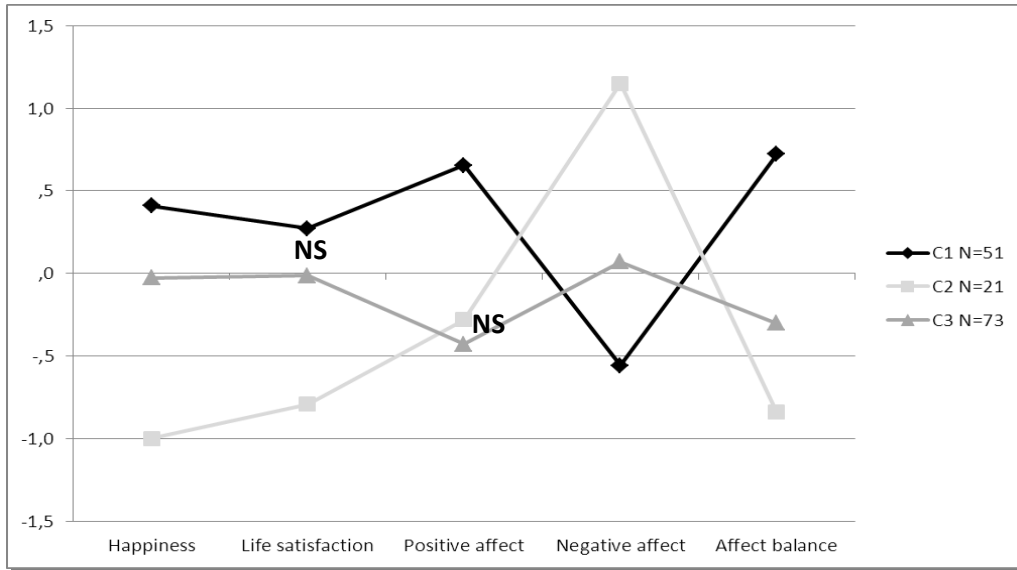


Figure 6.2. Graphical representation of the SWB of each of the profiles identified in the cluster analysis. All of the differences are significant excepting NS. Cluster 1 (highly successful elders) is composed of happier elders; Cluster 2 (highly impaired elders) is composed of unhappier elders; Cluster 3 (moderately impaired elders) is composed of elders with average levels across domains and low levels of positive affect and affect balance.

Elders in the cluster of highly successful elders demonstrated positive affect, affect balance and happiness levels that were half a standard deviation or higher above the average, and negative affect levels that were half a standard deviation below the average; life satisfaction was the dimension with the lowest standardised scores and consequently revealed less pronounced between-cluster differences. Elders in the cluster of highly impaired elders demonstrated scores that were half a standard deviation to one standard deviation below average levels for all the indicators and, more importantly, levels of negative affect which were one standard deviation above average. Elders in the cluster of moderately successful elders demonstrated average levels for all indicators; however, they also reported positive affect and affect balance that were almost half a standard deviation below average.

Table 6.3. Means, standard deviations and comparisons among the clusters for SWB indicators (Z scores).

Variables	SUC (C1)		IMP (C2)		MOD (C3)		F	p
	N= 51		N= 21		N= 73			
	M	SD	M	SD	M	SD		
Current happiness	.409	.90	-.997	1.49	-.027	.63	18.400	.000**
Life satisfaction	.273	.89	-.791	1.23	-.012	.90	9.361	.000**
Positive affect	.655	.88	-.280	.87	-.427	.80	25.976	.000**
Negative affect	-.555	.91	1.151	.76	.071	.80	31.481	.000**
Affect balance	.721	.88	-.839	.71	-.301	.76	37.660	.000**

SUC: Cluster 1, composed mainly of highly successful older adults; IMP: Cluster 2, composed mainly of highly-impaired elders; MOD: Cluster 3, composed mainly of moderately successful elders. ** $p < 0.01$

In the previous analyses, sociodemographic variables are potential confounding variables. Thus, to control for their effect, we conducted a series of ANCOVAs to test whether age, gender, income, education level, marital status, having children, perceived health and institutionalisation, considered both in isolation or in combination, were influencing SWB when happiness, life satisfaction and affect balance were analysed by clustering membership (in addition to ANOVAs assumptions, assumption of homogeneity of regression slopes was not violated in any of the analyses). The covariate age was significantly related to the outcome life satisfaction ($F = 5.546$, $p = 0.020$); each increase of 1 year is related to an increase of 0.14 units in life satisfaction ($t = 2.355$, $p = 0.020$). Cluster membership was also significantly related to life satisfaction when the effect of age was partialled out ($F = 10.240$, $p = 0.000$). Planned post hoc comparisons revealed that, after controlling for the effect of age, the cluster of highly successful elders was more satisfied than the cluster of moderately successful elders ($p = 0.042$) and highly impaired elders ($p = 0.000$), and that cluster of moderately successful elders was more satisfied than the cluster of highly impaired elders ($p = 0.037$). Moreover, the covariate having children was significantly related to the outcome affect balance ($F = 5.465$, $p = 0.021$); not having children is related to a

decrease of 3.27 units in affect balance ($t = -2.338, p = 0.021$). Cluster membership was also significantly related to affect balance when the effect of having children was partialled out ($F = 37.380, p = 0.000$). Planned post hoc comparisons revealed that, after controlling for the effect of offspring, the cluster of highly successful elders experienced a higher positive affect balance than the cluster of moderately successful elders ($p = 0.000$) and highly impaired elders ($p = 0.000$), and that cluster of moderately successful elders experienced a higher positive affect balance than the cluster of highly impaired elders ($p = 0.000$).

Additionally, the covariate institutionalisation was significantly related to the outcome happiness ($F = 4.195, p = 0.042$); community-dwelling living condition is related to an increase of 0.63 units in happiness ($t = 2.048, p = 0.042$). Cluster membership was also significantly related to happiness when the effect of institutionalisation was partialled out ($F = 19.247, p = 0.000$). Planned post hoc comparisons with Bonferroni's correction revealed that, after controlling for the effect of institutionalisation, clusters of highly successful elders and moderately successful elders were happier than the cluster of highly impaired elders ($p = 0.000$), with no difference between the clusters of highly and moderately successful elders.

Finally, chi-square analyses were conducted to determine the clusters' composition as a function of living condition. No cases were expected with a frequency lower than 5. There was a significant association between cluster membership and whether the elder was institutionalized ($\chi^2 = 12.791, p < 0.01$; Phi and Cramer's $V = 0.297, p < 0.01$). There were more non-institutionalised elders than institutionalised ones in the clusters of highly successful ($N = 39$ vs. $N = 12$) and highly impaired ($N = 17$ vs. $N = 4$) elders. The cluster of moderately impaired elders was composed equally of institutionalised ($N = 37$) and non-institutionalised ($N = 36$) elders. In order to determine whether there were differences between institutionalized and non-institutionalised elders in each cluster regarding their SWB, we conducted a series of two-way ANOVAs with two independent variables: living condition and cluster membership. The interaction between the effects of living condition and cluster membership was not significant in any of the analyses. For all, a significant main effect was obtained for

cluster membership, paralleling the above-mentioned findings obtained in cluster analyses-related ANOVAs and in ANCOVAs. Significant main effects were found for living condition for happiness ($F= 6.118, p= 0.015$) and positive affect ($F= 9.982, p= 0.002$), non-institutionalised participants in each cluster showing more positive values than institutionalized participants, particularly in the cluster of highly impaired elders.

4. Discussion

This study had a threefold objective. First, we sought to identify distinct intraindividual configurations of healthy and functional ageing based on several psychosocial variables. Our second aim was to explore differences in participants' SWB by exploring differences among psychosocial profiles in happiness, positive and negative affect and life satisfaction. This last goal would also reveal whether the subgroups show meaningful relationships to external criterion variables that act as predictors, correlates or consequences of psychosocial profiles in the elderly, thus allowing for cross-validating the uniqueness of the groups (i.e., different psychosocial trajectories are expected to demonstrate unique relationships with outcome variables) (Smith & Baltes, 1997). To achieve these aims, multivariate K-means clustering was used to form the psychosocial profiles, followed by an examination of SWB differences across clusters using analysis of variance approaches and controlling for the effect of sociodemographic conditions as covariates. Further, institutionalised and non-institutionalised elders were compared in terms of cluster classification and subsequent SWB. As Busseri et al. (2009) stated, a priority in the SWB-related research is meant to better understand how different configurations relate to different discriminant variables to inform the necessary or sufficient conditions for high SWB. Our findings contribute to this aim. We identified three different trajectories each of which was characterised by different multidimensional psychosocial profiles and was differently related to SWB, suggesting that SWB depends on specific psychosocial configurations.

Concretely, one group of highly adapted, successful elders was, compared to the other subgroups, mentally and physically healthy, self-efficacious, positive and active in daily life, with many psychosocial resources for successful and positive ageing. This group was also characterized by high levels of happiness, life satisfaction, positive affect and affect balance and low levels of negative affect. This first group was an example of highly adapted and happier elders and coincides with the most successful elders found in other clustering classifications (e.g., Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997). A second group, representing highly impaired elders, was, compared to the other subgroups, composed of elders who are mainly ill, both at the physical and particularly mental levels, and stressed, with higher future health risks, particularly for depression. These elders most likely try to compensate for their deficits and hassles by having stronger social support, because their personal resources are scarce and their confidence with respect to their own resources for building a better life is limited (i.e., low self-efficacy). This cluster coincided with the unhappiest elders, with low levels of happiness, life satisfaction, positive affect and affect balance and high levels of negative affect. Thus, decreasing some psychosocial variables (e.g., perceived mental and physical health, self-efficacy, leisure activities) and increasing others (e.g., stress and impact of stress on health) lowers happiness. This cluster coincides with previously identified profiles (e.g., Smith & Baltes, 1997). Fortunately, this group had the fewest participants. A third, largest group emerged, showing an example of moderately impaired, successful elders. These elders benefit from good physical and comparatively greater mental health and average stress, and their remaining resources act together for a moderately desirable ageing process. However, this subgroup reported significantly lower optimism for facing the future compared with the other subgroups. Having average levels of psychosocial variables seems to result in average levels of well-being. This group also coincides with previous findings (e.g., Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997). Furthermore, standard deviations from standardised average scores in the three clusters, as well as between-cluster divergences, demonstrate that happiness and affect balance seem to better discriminate the SWB of our sample compared to life satisfaction.

When age was analysed, findings revealed that differences in positive and negative ageing trajectories were not due to age, and they seem to point out that the U shape of the happiness curve is not determined exclusively by age but other variables, such as psychosocial factors, may have an influence. Clusters of highly successful, moderately successful and highly impaired elders differed significantly in terms of psychosocial resources. Health indicators, followed by self-efficacy and leisure activity, as demonstrated by ANOVAS' F values (see Table 6.2), were found to be the most important variables for distinguishing the subgroups, which indicates, supporting previous findings (Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997), that multiple domains of psychosocial functioning contribute to the subgroup separation. Being old age a time when people are most likely to become or to be ill, a greater sense of well-being is strongly associated with satisfaction with health, quality of life and functional status, particularly with subjective health status and perceived functional health constraints (Diener & Suh, 1998; Fakouri & Lyon, 2005; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Godoy-Izquierdo et al., 2013; Kunzmann, Little, & Smith, 2000; Schilling, Wahl, & Oswal, 2013; Waldinger & Schulz, 2010; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000). Perceived control, self-efficacy and perceived competence have also been associated with SWB due to their relationship with autonomy and independence (Godoy-Izquierdo et al., 2013; Kunzmann, Little, & Smith, 2002; Lang & Heckhausen, 2001; Pinquart & Sörensen, 2000; Prenda & Lachman, 2001; Winsor & Anstey, 2010). Unfortunately, a significant decline has been observed in perceptions of control throughout life (Winsor & Anstey, 2010) and particularly in old age (Lachman, 2006). Perception of control also includes a sense of confidence with respect to coping skills, which allows a better adjustment to and management of stress, which in turn is associated with SWB (Caprara & Steca, 2005; Godoy-Izquierdo et al., 2008; Godoy-Izquierdo et al., 2013). In old age, there is a higher probability of experiencing stressful life events related to social, family, health or life conditions (Hamarat et al., 2002). Further, although free time is frequent in old age, many elders do not partake in leisure activities, and the activities that they actually do may not increase their SWB, even though engagement in recreational, physical, family, social and cultural activities and satisfaction with leisure are potent predictors of SWB in the elderly (Brajsa-Zganec, Merkas, & Sverko,

2010; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Godoy-Izquierdo et al., 2013; Lelkes, 2008; Menec, 2003; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000).

On the contrary, social indicators were less important for differentiating the subgroups. This finding is curious because marital status and marital satisfaction, family and social relationships, as well as social networks, activity and support have been revealed consistently as very relevant contributors for quality of life and well-being in the elderly (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Godoy-Izquierdo et al., 2013; Lelkes, 2008; Menec, 2003; Pinquart & Sörensen, 2000; Waldinger & Schulz, 2010; Winsor & Anstey, 2010; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000). However, the indicators used in this study were related to the number of available persons, but perceived social support, social support satisfaction or social activity diversity, frequency and satisfaction could have produced other findings. Future research should include these indicators within the psychosocial profiles to explore their contribution to trajectories of successful and happy ageing.

Moreover, we explored the composition of each group in terms of the elders' living conditions. Although each group was composed of institutionalised and non-institutionalised elders, non-institutionalised elders were more likely to be in the groups of highly and moderately successful elders, while institutionalised elderly were more likely to be in the group of moderately adapted elders. However, within the group of impaired elders there were more non-institutionalised than institutionalised elders. This difference may be due to the high number of elders with serious health problems, low psychosocial resources and diminished daily functioning, who are non-institutionalised, while the institutionalised elderly receive care and have completely covered their basic, health care, social and leisure needs. Moreover, for the three clusters, happier elders were more likely to be home-dwelling elders.

Living in an institution is an option for many elders, particularly when they have no other alternative (e.g., they are ill, impaired, dependent, lonely or poor) (Carriere & Pelletier, 1995; Payette, Coulombe, Boutier, & Gray-Donald, 2000). Although the main aim of living in an institutional care setting is to improve the quality of life of the residents, to move to a facility may be a stressful condition for many elderly people,

particularly at the short term, because the decision can be made against their will (Nakishima, Chapin, Macmillan, & Zimmerman, 2004; Reinardy & Kane, 1999) and it involves the challenge of adjusting to changes and to living in a highly structured, routinised and controlled institution (Lee, Woo, & Mackenzie, 2002; Sterns et al., 2011). These restrictions can limit the satisfaction of the residents with respect to the place where they live (Sterns et al., 2011) or even lead to a loss of identity and individualism, self-concept and self-esteem (Antonelli, Rubini, & Fassona, 2000), freedom, personal control and autonomy (Sijuwade, 1996) and social networks and activities both inside and outside the institution (Fessmann & Lester, 2000). Most likely due to all these reasons, a rapid decline in the physical and mental health status and quality of life has been observed in many elders after institutionalisation, both in the short term (Thorson & Davis, 2000) and the long term (Drageset et al., 2009). Thus, all these losses may translate into a decrease in well-being and happiness. However, research regarding the happiness of individuals who are institutionalized is scarce and inconclusive, with some finding a positive effect (i.e., Bishop, 2006; Sterns et al., 2011), some finding a negative effect (i.e., Donnenwerth & Peterson, 1992) and others not finding an influence (i.e., Godoy-Izquierdo et al., 2013; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000). This research also reveals that a third group of variables, such as age, health status and perceptions on the residence and satisfaction with it, may explain the contradictory findings.

This study has several limitations that should be noted. The main limitation was the sample size, and larger samples are required. Further, although our sample comprises elders from the general population who are comparable to the Spanish elderly, more heterogeneous samples should be included in future research to examine whether the elderly profiles identified in this study and their psychosocial and SWB configurations apply to broader populations. Second, as other studies have done (e.g., Maxson et al., 1997), we clustered males and females together, allowing them either to separate into their own groups or merge together into groups that differed in ways other than gender, as occurred in our study, which indicates that there are important similarities between genders. However, gender was previously found to influence clustering classifications in the elderly (e.g., Borglin et al., 2006; Smith &

Baltes, 1997), with women, particularly at older ages, consistently showing a higher risk of being clustered in subgroups related to less desirable features. Older men and women have different life contexts as a function of differential longevity and sociostructural opportunities over the course of life and they are expected to experience ageing differently. Moreover, women generally report lower levels of SWB at any age (Stevenson & Wolfers, 2009). Among the Spanish elderly, the findings are contradictory, with some authors suggesting that men enjoy higher SWB (e.g., Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000) and others reporting no effect of sociodemographic factors, including gender (e.g., Godoy-Izquierdo et al., 2013). Age may also influence trajectories, with younger elders being more likely to be clustered in subgroups revealing better functioning (e.g., Borglin et al., 2006; Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997). Similarly, functioning might be influenced by education and income (e.g., Maxson et al., 1997), widowhood or time since retirement (Gerstorf et al., 2006). High levels of education and high socio-economic status have also been related to happiness among the elderly, although the impact of these factors may be mediated by other variables, such as health, physical activity, leisure, social functioning or living condition (Fernández-Ballesteros et al., 2001; Lelkes, 2008; Pinguart & Sörensen, 2000; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000), and some research has found that sociodemographic variables are not significant predictors of elders' current happiness, life satisfaction or affect balance (Godoy-Izquierdo et al., 2013). Although sociodemographic variables may have an influence on ageing trajectories, our findings reveal that multidimensional psychosocial trajectories can be linked to differing SWB outcomes when the effect of sociodemographic background is partialled out. Third, although self-reports are considered as appropriate measures for subjective variables, the inclusion of objective measures for many of the study variables (e.g., health status, social networks, leisure activities) may enrich the findings. Moreover, the LOT demonstrated in this study only modest internal consistency, and we were unable to explore the reliability of some other measures, but they all were accepted due to their previously well-established psychometric properties; nonetheless, we should be cautious with the derived findings. Fourth, we have also focused on events occurred in the last part of participants' life (e.g., stressful events), but many events earlier in life

can impact SWB. Furthermore, we have explored only some variables related to SWB, while many other variables have been ignored (e.g., cognitive functioning, personality traits, motivational styles, objective health status). Future research should include more of the well-established factors that have been linked to SWB. Finally, the exploratory approach of cluster analysis and the cross-sectional data make it impossible to discuss causalities, although this approach has allowed us to identify relevant relationships among psychosocial variables that can be viewed as protective factors for healthy and positive ageing and positive factors for SWB. Moreover, cross-sectional data in the old age may reflect chronological age, cohort effects and selective mortality (Smith & Baltes, 1997), but we were unable to separate these sources of influence. Longitudinal data would help address these shortcomings and would also allow for exploring possible differential SWB patterns over time or to test the predictive validity of the established clusters besides the differential change over time at a person or subgroup level of analysis, thus covering the correlates and prediction of long-term outcomes of subgroup membership (i.e., SWB and mortality over the course of up to a 20-year period, Gerstorf et al. 2006; Maxson, Berg, & McClearn, 1996; Smith & Baltes, 1997).

Despite these limitations, our results are novel and interesting. This study found different psychosocial profiles and related them to the SWB of older adults. While we obtained similar subgroups to those groups described in the literature, we included more diverse psychosocial functioning domains and several SWB indicators than previous studies (Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997). Thus, these results have allowed us to better understand the relationship between SWB dimensions and psychosocial profiles that indicate differing ageing trajectories. The present study represents an attempt to move beyond the description of average ageing trajectories toward a person-centred, multidimensional, empirically defined consideration of differential ageing, and our results complement previous findings (Gerstorf et al., 2006; Smith & Baltes, 1997). Admittedly, these profiles do not completely cover all possible ageing variations because the results are constrained by the particular variables that were included, but our findings allow us to identify specific psychosocial configurations that add new information to the literature. Further, we have explored

the outcomes of such psychosocial profiles in terms of several indicators of SWB, including happiness, affect balance and life satisfaction, which have not been addressed to date, thus also increasing previous knowledge. Our findings also add some insights on the well-being "paradox" in old age, which suggests that older persons maintain a sense of well-being in the face of increased risks, losses and declines (Diener et al., 1999; Kunzmann et al., 2000; Schilling, 2006). Research on clustering elderly trajectories has demonstrated the heterogeneity and differential development which occurs in old age, with many of the elders showing "desirable" and positive health status, functioning and well-being. For many elders, ageing is not associated with negative outcomes, most likely due to the existence of powerful psychosocial resources for a positive and successful ageing process and for related outcomes such as SWB; thus, the paradox may be true for some but not all elderly persons (Gerstorf et al., 2006).

Our findings help us to increase the SWB and quality of life of elderly people with interventions focused on improving the psychosocial resources detected as relevant for each profile. This aim is particularly important for older people because happiness may decrease at this age (Godoy-Izquierdo et al., 2013; Röcke & Lachman, 2008) and, based on the findings presented herein, happiness relates to psychosocial factors differently for each elderly person depending on his or her specific psychosocial configuration.

CAPÍTULO 7:

Estudio 3: Optimism... and Happiness? Optimism and Social Support Moderate the Indirect Relationship Between Self-efficacy and Happiness Through Mental Health Among Elders

*“La verdadera felicidad cuesta poco;
si es cara, no es de buena clase”*

Francois R. Chateaubriand

Abstract

It is well established that mental health influences subjective well-being (SWB), yet many psychosocial variables may interplay as mediators or moderators in such relationship. Specifically, older individuals who lack perceived self-efficacy might fail to be confident on their ability for translating their actions into the expected, positive outcomes in their daily life. On the contrary, social support may increase perceived resources for being happy. Optimism is expected to play a positive role on happiness, but there is a lack of research exploring the influences of optimistic beliefs on SWB. This study examines the role of self-efficacy, social support and optimism in the prediction of happiness in the elderly considering perceived mental health status. A total of 154 older adults were surveyed as a convenience sample and they completed voluntarily self-reports on happiness, perceived health and several psychosocial variables. Multiple mediation and moderated mediation analyses confirmed a full mediation path where self-efficacy predicts happiness through perceived mental health, and that this mediated relationship was moderated in turn by perceptions of social support and optimism disposition. If a person is self-efficacious, his(her) mental well-being seems more likely to be translated into enhanced happiness, but this only occurs when social support and optimism are moderate-to-high. Results provide preliminary support for the interplay of self-efficacy, optimism and social support in improving the psychological and subjective well-being of older individuals and help in the design of tailored interventions to promote happiness in the late adulthood.

Keywords: Happiness, subjective well-being, psychosocial resources, elderly, moderated mediation.

1. Introduction

Happiness or subjective well-being (SWB) is a positive subjective experience when globally judging our position in life which includes pleasant emotions, the absence of negative emotions or psychological distress, and life satisfaction (Diener et al., 2009; Diener & Ryan, 2009). Several cross-sectional and longitudinal recent studies have demonstrated a life-span inverted U-shaped, curvilinear pattern, with a decline in happiness as age advances, particularly after the age of 65 (Baird et al., 2010; Lelkes, 2008; Mroczek & Spiro, 2005; Schilling et al., 2013; see Godoy-Izquierdo et al., 2013 for a review), and it is also evident when a personal time perspective (intertemporal judgements) is adopted and elders rate their past, present and expected future happiness (Godoy-Izquierdo et al., 2013; Lacey et al., 2006; Lachman et al., 2008; Röcke & Lachman, 2008). If happiness declines as age advances, then it is of special interest to identify psychosocial variables which might be responsible of SWB levels in elders to prevent this dropping at this life stage (Godoy-Izquierdo et al., 2013; Lara et al., 2014).

Understanding and promoting positive aspects of well-being in older adults is important (Diener et al., 2009; Ferguson & Goodwin, 2010), both at social and clinical levels. A greater understanding of the role of multiple positive psychological influences and outcomes would help in the development of interventions aimed at enhancing well-being in the elderly. We explored the role of optimism, self-efficacy, social support and perceived health status as psychosocial resources for happiness in the old age.

1.1 Optimism

Optimism reflects the extent to which people hold generalized favorable expectancies for their future (Carver et al., 2010). Dispositional optimism is defined in terms of a stable tendency to have advantageous outcome expectancies when confronting critical or challenging life situations across a variety of life domains (Scheier & Carver, 1985), thus allowing adaptive self-regulation through proactive

management, even in the absence of stress and adversity (Carver et al., 2009, 2010; Carver & Scheier, 2005; Scheier & Carver, 2001; Wrosch & Scheier, 2003). Optimists are forward-looking and positive about the future, themselves and the environment, and this leads them to take (successful) action. Given its features, optimism is expected to be a powerful psychological resource for happiness (Carver et al., 2009, 2010; Carver & Scheier, 2005; Cummins et al., 2002; Diener et al., 1999; Forgeard & Seligman, 2012; Lyubomirsky et al., 2011; Scheier et al., 2001; Seligman et al., 2004; Wrosch & Scheier, 2003). Literature on this issue generally uses indicators of mental health and psychological well-being for referring SWB, but we adhere to the proposal by Diener and colleagues (Diener, 1984; Diener et al., 1999) of considering SWB as indicative of positive (vs. negative) affect, life satisfaction and/or happiness. In this vein, optimism has demonstrated a moderate to high positive associations (coefficients values ranging from approximately 0.45 to 0.80) with several measures of SWB (Caprara et al., 2006; Dember & Brooks, 1989; Diener et al., 2010; Eid & Diener, 2004; Hills & Argyle, 2001, 2002; Lyubomirsky & Lepper, 1999; Lucas et al., 1996), although lower correlations (0.20 to 0.45) have been also found (Caprara et al., 2006; Eid & Diener, 2004; Ho et al., 2010), depending on the SWB indicator. Among adults entering in their late adulthood (50 to 68 years old), Cacioppo et al. (2008) have found that optimism relates to happiness at $r = 0.27$.

More generally, optimism correlates robustly (0.63) with multidimensional indicators of general well-being (Magaletta & Oliver, 1999). Moreover, it has been proposed as an important predictor of physical and psychological well-being and quality of life (Carver et al., 2009, 2010; Forgeard & Seligman, 2012; Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992, 1993; Scheier et al., 2001; Seligman, 1998; Wrosch & Scheier, 2003). In the meta-analytic review by Rasmussen et al. (2009), optimism emerged as a significant predictor of several physical health outcomes, including mortality/survival, cardiovascular and immune outcomes, cancer outcomes, pregnancy outcomes, physical symptoms, physiological markers and pain. Further, several psychosocial factors might explain the relationship between optimism and enhanced health and well-being, and a number of potential mediators linking optimism to positive outcomes on such indicators has been also proposed, including both physiologic (e.g., immune

function; Scheier & Carver, 1987; Segerstrom, 2005, 2006; Segerstrom et al., 1998; Segerstrom & Sephton, 2010) and psychosocial in nature (e.g., coping skills; Carver et al., 2010; Scheier et al., 2001; Solberg Nes & Segerstrom, 2006).

Dispositional optimism was early proposed to have a positive influence on several indicators of physical well-being, and it was suggested that these beneficial effects were partly due to differences between optimists and pessimists in the strategies they use to cope with stress and demanding conditions (Carver et al., 2010; Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992; Wrosch & Scheier, 2003). The same has been said for psychological well-being (Andersson, 1996; Carver et al., 1992, 2010; Scheier et al., 2001), and optimistic beliefs have been found to moderate the relation between stress and psychological well-being (Chang, 1998a). Solberg Nes & Segestrom (2006), in their meta-analytic review on the relationship between optimism and coping, demonstrated that optimists are more likely to use engagement-coping strategies which are more functional, proactive, flexible and successful in coping with and managing challenging life situations. Moreover, Chang (1998b) demonstrated that optimists differ from pessimists not only in the coping strategies they use but also regarding stress-related secondary (but not primary) appraisals. He also established that optimism contributed to well-being beyond the influences of appraisal and coping. Consequently, optimistic individuals report better adjustment to stressful life events (for example, lower levels of stress and depression) than pessimistic individuals, and this relationship is at least partly mediated by their use of functional coping strategies and their perceptions of social support (Brissette et al., 2002). Optimistic beliefs have been found to predict risk for job burnout among working college students, over and above the mediating role of stress impact (Chang et al., 2000).

Influences of optimist expectancies for the future have been largely explored in the case of chronic or severe diseases (Affleck et al., 2001), where optimism has been found to predict daily happiness vs. sadness and to be related to the use of coping strategies that serve for enhancing mood even when they do not improve symptoms management. In this field, evidence also suggests that higher levels of optimism are associated with less emotional distress and better psychological adjustment in cancer

patients (i.e., women with breast cancer), with coping strategies and social support mediating such influence, at the short, medium and long term (Carver et al., 1993, 1994, 2005; Trunzo & Pinto, 2003); others have found that self-transcendence partially mediated the positive effect of optimism on emotional well-being (Matthews & Cook, 2009). Optimism also predicts better psychosexual well-being in these samples through the partial influences of social support and emotional distress related to the disease (Wimberly et al., 2008). Also in cancer patients (leukemia patients receiving bone marrow transplantation), optimism, self-efficacy and social support assessed prior to the intervention predicted emotional and physical well-being one year later (Hochhausen et al., 2007). Dispositional optimism has been found to be associated with better recovery and lower distress in patients undergoing coronary artery bypass surgery (King et al., 1998; Scheier et al., 1989, 1999), and with less pain sensitivity and lower pain-related distress in both patients (Garofalo, 2000; Ramirez-Maestre et al., 2012) and non-patients (Geers et al., 2008), being coping skills responsible of such relation. There is also some evidence that positive expectancies for the future are also related to posttraumatic growth when individuals have suffered from severe health problems (Bostock et al., 2009).

In older adults in the general population, optimism has been associated to better quality of life and daily functioning, independently of depression levels (Achat et al., 2000). In a community-dwelling sample, Steptoe et al. (2006) found that optimism predicted healthy ageing, and that this relation was partly mediated by health behaviours regarding substance use and physical activity performed by the individuals. Optimism and self-efficacy were also found to predict several indicators of well-being including health status, quality of life and life satisfaction among elders in different living conditions from non-institutionalization to complete institutionalization (Kostka & Jachimowicz, 2010). In elders with chronic diseases such as osteoarthritis, greater optimism and social support were significantly related to psychological well-being, expressed as both greater life satisfaction and lower depressive symptoms, with optimism mediating the relation of pain to life satisfaction (Ferreira & Sherman, 2007). Also among older adults, falling negatively predicted perceived control and optimism, which mediated the effects of falling on elders' health and well-being (Ruthig et al.,

2007). Later-life ageing can also be considered as a challenging condition which requires elders to adjust to, and baseline optimism predicts lower distress and depression symptoms during a 15-year period during this life stage in community-dwelling older men (Giltay et al., 2006a).

Recapitulating, evidence is relatively extensive on the relations between optimism, self-efficacy, social support and coping and several indicators of well-being, but there is a lack of consistent support for their specific role in such relationship (i.e., which are the predictors, and which, if any, do play an indirect role and through which variable(s) do play it?). The above-discussed literature review shows that it seems that self-efficacy, social support and coping play a mediating or moderating role when optimism is added to the formula, but there is still a doubt regarding whether optimism is the predictor or it can be also a mediating or moderating variable. Moreover, its role on elders' SWB has been scarcely investigated.

On the other hand, there is also some evidence questioning the role of optimism itself. For instance, optimism was unrelated and did not mediate the relationship between religiousness and spirituality and indicators of adjustment such as distress in the study of Salsman et al. (2005). Moreover, Marshall & Lang (1990) found that, although optimism and self-mastery were significantly and negatively correlated with symptoms of depression in a sample of women, only self-mastery was independently associated with symptom level. Thus, the apparent predictive power of optimism may derive from its substantial overlap with self-mastery.

Thus, in order to elucidate the mechanisms that come into play after older people have formed an optimistic belief, optimism pathways to well-being in the elderly should be supplemented by more (direct) predictors of SWB. Such variables can be specified as mediators or moderators in an indirect effect between optimism and happiness, so that optimism produces an influence on happiness through such psychosocial variables. Other possible configurations are also possible where optimism itself is a mediator or a moderator. Two psychosocial variables, self-efficacy and social support, are best candidates of consideration in such configurations, given the aforementioned findings and that previous meta-analytic findings have established

that elders with higher competence (for maintaining an independent life, be able to solve the everyday demands and fill the day with voluntary meaning activities) and better social network (particularly quality vs. quantity of social contacts) report greater happiness and life satisfaction (Pinquart & Sörensen, 2000).

This is also important because optimism has been found to decrease with advancing age (Giltay et al., 2006a,b), as individuals have to deal with the many challenging events ageing comes with along. Optimism is also lower among institutionalized elders (Kostka & Jachimowicz, 2010).

1.2. General self-efficacy

Perceived self-efficacy reflects optimistic, confidence self-beliefs when adopting a course of action and to master daily tasks successfully, through both efficacy and outcome positive self-perceptions of capability for executing actions and obtaining the desired outcomes, respectively (Bandura, 1997). Bandura (1977, 1982, 1986, 1989) construed self-efficacy as specific to particular situations. Others (e.g., Luszczynska et al., 2005) modified Bandura's concept of self-efficacy somewhat, generalizing self-efficacy from a situation- and time-specific expectancy to a dispositional expectancy about the self's ability to perform effectively behaviors that are likely to lead to desired outcomes in life. Optimist people are those who are self-confident about eventually behaving in a way and reaching an outcome, and it also is viewed as a generalized expectancy (i.e., that one will experience good outcomes) (Scheier & Carver, 1985, 1992, 19993; Carver et al., 2010). Consequently, "optimism fosters confidence in oneself and in the belief that one can succeed" (Forgeard & Seligman, 2012, p. 115).

Thus, optimism and self-efficacy are related constructs in that they both refer to positive expectancies about one's own resources and actions. Moreover, both are proposed as the most powerful predictor of behavior, given that both are linked to core processes that underlie behavior and self-regulation (Bandura, 1977, 1986, 1997; Carver et al., 1992, 2010; Scheier & Carver, 1985) and, thus, successful agency. Both optimistic and efficacious beliefs instigates the behavior and facilitates openness to

opportunities, goal achievement, proactive management, continued striving, perseverance in the face of obstacles and performance success. People harboring self-doubts might fail at any of these steps. As optimism, self-efficacy is particularly important for coping with stress and adversity (Godoy-Izquierdo et al., 2008).

Nonetheless, they are distinguishable in many features (Scheier & Carver, 1992, 1993), including the causal underpinnings of one's positive outlook on life, concretely in that, contrary to optimism, self-efficacy beliefs are built based on previous experience, on personal action resources, and thus on internal causal attributions (Schwarzer et al., 1997). In the definition of optimism, no distinction is made regarding the agency through which outcomes occur, whether through the individual's efforts, the efforts of others or outside forces, including chance or good luck (Wrosch & Scheier, 2003). In any case, it is presumably that experience teaches people that their own efforts play an important part in approaching many outcomes in life, so that optimists may be more confident than pessimists that their actions will be successful (Carver et al., 2010).

Previous studies have found that self-efficacy is related to both happiness (Caprara et al., 2006; DeNeve & Cooper, 1998; Diener et al., 1999; Lent et al., 2005; Luszczynska et al., 2005; Myers & Diener, 1995) and health and quality of life (Bandura, 2005; Callaghan, 2005; Farrell et al., 2004; Kuijer & de Ridder, 2003; Luszczynska et al., 2005). Among elders, self-efficacy or related constructs have consistently proved to be correlates of SWB, and this relation is even more important in the old age, when perceptions of mastery are decreased (Berg et al., 2006; Caprara & Steca, 2005; Cummings & Nistico, 2002; Kunzmann et al., 2002; Lachman, 2006; Landau & Litwin, 2001; Lang & Heckhausen, 2001; Prenda & Lachman, 2001; Stretton et al., 2006; Winsor & Anstey, 2010). The autonomy and independence related to self-efficacy and perceived competence have also been associated with well-being (Chirkov et al., 2003). Moreover, perceived self-competence has been established as a significant predictor of happiness and life satisfaction in the elderly ($r= 0.21$ and $r= 0.23$, respectively) with meta-analytic analyses (Pinquart & Sörensen, 2000), this value being lower than that found for young adults (r rounding 0.4) (Luszczynska et al., 2005).

It has been also demonstrated to be associated to optimism, with r values rounding 0.5 (Luszczynska et al., 2005; Marshall & Lang, 1990; Schwarzer et al., 1997), although in young samples that association seems to be lower (Caprara et al., 2006). For instance, optimism has been related to self-mastery and abstinence self-efficacy, which was in turn related to abstinence among recovering substance abusers (Majer et al., 2004). Moreover, in a study by Magaletta & Oliver (1999) both self-efficacy and optimism were related to each other ($r= 0.51$) and were related to and predicted general well-being ($r= 0.63$ and betas rounding 0.16 for both variables). Thus, self-efficacy might be a part in any relationship between optimism and happiness (Luszczynska et al., 2005; Schwarzer et al., 1997).

1.3 Social support

Social support and other social resources are psychosocial factors with an important positive influence on physical and mental health, well-being and longevity at any age (De Silva et al., 2005; Egan et al., 2008; Holt-Lunstad et al., 2010; Rhodes, 2004; Uchino, 2003; Wang et al., 2003). Lack of social resources, support and assistance in daily living has been found as a predictor of institutionalization among elders, mainly among those with a poor health status (Gaugler et al., 2007; Luppá et al., 2010). Family, friends and social activities and support are also relevant for quality of life, emotional well-being, positive affect and life satisfaction among the elderly (Berg et al., 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Jones et al., 2003; Kahn et al., 2003; Landau & Litwin, 2001; Lelkes, 2008; Litwin & Stoeckel, 2013; Menec, 2003; Merz & Huxhold, 2010; Newsom et al., 2003, 2005; Stephens et al., 2002; Waldinger & Schulz, 2010; Winsor & Anstey, 2010; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000). Moreover, social support has been established as a significant predictor of happiness and life satisfaction in the elderly ($r= 0.18$ and $r= 0.15$, respectively) with meta-analytic techniques (Pinquart & Sörensen, 2000). Among adults entering in their late adulthood (50 to 68 years old), Cacioppo et al. (2008) have found that indicators of social support and loneliness relate to happiness at $rs=0.36$ and -0.43 , respectively, and their results also supported that it is the quality of the social resources, not the quantity, the most

relevant for the young elders participating in their study. They also found that changes in social resources predicted happiness changes during a 2-year period, but also the reverse, indicating a reciprocal causal relationship.

Previous paragraphs have detailed research exploring and supporting the mediating role of social support when the outcomes of optimism have been investigated (e.g., Brissette et al., 2002; Trunzo & Pinto, 2003; Winberly et al., 2008). As Carver et al. (2010) affirm in their review, optimism has broad effects on social resources (e.g., optimists are preferred compared to pessimists by people to be with and they usually have broader social networks and are more satisfied with the support they perceive they are offered) (Brissette et al., 2002; Geers et al., 1998; MacLeod & Conway, 2005). In elders, Kostka & Jachimowicz (2010) found that optimism ($r = -0.42$) and self-efficacy ($r = -0.30$) were correlated with social isolation, but only optimism predicted it. In their study with adults entering in their late adulthood (50 to 68 years old), Cacioppo et al. (2008) found that optimism fully mediated the relationship between personality traits and happiness, but this effect was cancelled when social support (loneliness) and self-esteem were also included as mediators.

Nonetheless, it is possible that a “mutually reinforcing cycle” exists including optimism and social support (Carver et al., 2010, p. 881). Supporting this reverse influence, in a longitudinal study with former university students (Seegerstrom, 2007), optimism was not found to predict social network size, number of supportive others or satisfaction with social support 10 years later, but increases in social network size predicted increased optimism over that period; further, increases in optimism predicted decreases in physical and psychological symptoms. The authors also confirmed that changes in optimism partially mediated the effect of social network size on health status.

1.4 Previous findings on indirect paths for optimism, self-efficacy and social support on SWB outcomes in the elderly

There is a lack of research approaching direct or indirect (mediating or moderating) effects of the psychosocial variables included in this study, considered jointly, on SWB indicators specifically with elders.

Karademas (2006) studied with 19 to 62 years old adults from Greece (N= 201) whether optimism mediated the relationship between self-efficacy and social support with life satisfaction. Life satisfaction correlated with optimism ($r= 0.42$), social support and self-efficacy (r s rounding 0.27), while optimism correlated with social support and self-efficacy (r s rounding 0.30). The author tested six different mediation models with SEM procedures, and found support for that including optimism as a partial mediator ($\beta= 0.17$). Moreover, it was predicted by emotional social support (vs. instrumental support) and resilience self-efficacy (vs. problem-solving and awareness self-efficacy) (β s= 0.10 and 0.06, respectively). The model explained 43% of the variance of life satisfaction scores. No differences were found for the study variables due to gender and age, except for resilience self-efficacy.

Thus, according to previous evidence, findings reveal that self-efficacy and social support predict SWB both directly and indirectly through optimism. Nonetheless, as Karademas (2006) noted, the direct effects of self-efficacy and social support on SWB indicators are also interesting and have been previously demonstrated (Karademas, 2007). This opens new questions on other possible models accounting for the intercorrelation among these variables.

To our knowledge, there is only one study conducted in the elderly exploring the relationships among the aforementioned psychosocial variables, yet in an inverse path. Ferguson and Goodwin (2010) studied with 65 to 94 years old elders from Australia (N= 225), who self-rated their health status as good or better in 80% of the cases, whether perceptions of control and social support mediated the relationship between optimism and indicators of hedonic (SWB: positive affect) and eudaimonic well-being (psychological well-being: purpose in life). Positive affect correlated with

optimism ($r= 0.44$), perceived social support ($r= 0.37$) and perceptions of control ($r= 0.29$), optimism correlated with perceptions of social support ($r= 0.33$) and control ($r= 0.45$), and such perceptions correlated also positively ($r= 0.28$). They tested 5 models for each of the outcome variables with path analyses, and, in the case of hedonic indicator of SWB, found support for that in which optimism predicted positive affect both directly ($\beta= 0.36$) and indirectly through the following path: social support mediated the relation between optimism ($\beta= 0.32$) and positive affect ($\beta= 0.24$); the model also included a path for a direct relationship between optimism and perceptions of control ($\beta= 0.40$) and an indirect one with social support mediating the relationship between optimism ($\beta= 0.32$) and perceptions of control ($\beta= 0.15$), which could not in turn predict positive affect. Perceptions of control mediated the relation between optimism and purpose in life. The model explained 24% of the variance in positive affect, whilst optimism itself explained 19%. Age was not correlated significantly with any of the variables of the study.

1.5 Aims

Due to the inconsistent findings regarding the association of optimism to SWB, the present cross-sectional study has been conducted to shed more light on the beneficial influences of optimism along with other psychosocial resources (self-efficacy and social support), for which the evidence is compelling, on happiness in the old age. It examines whether a) the effect of optimism (independent variable) on SWB (dependent variable) is due to an indirect effect of optimism on self-efficacy and social support (mediator variables), b) the effect of optimism (mediator variable) on SWB (dependent variable) is in fact an indirect effect of other variables such as self-efficacy and social support (independent variables), or c) the effect of optimism on SWB (dependent variable) is more complex and indirect effects of and between optimism, self-efficacy and social support (as independent, mediator and moderator variables) should be taken into account; in this case, a relevant variable should be added to the model, and given previous reviewed literature, we selected perceived health status for its inclusion in this hypothesis.

The selection of all these psychosocial variables was further based on previous findings with multilevel regression analytic procedures (Godoy-Izquierdo et al., 2013), which indicated that current levels of happiness among elders was predicted by, among other factors, indicators of mental health (absence of depression, $\beta = 0.18$) and daily functioning ($\beta = 0.21$), as well as indicators of social resources (family relationships, $\beta = 0.29$) and self-efficacy (personal autonomy and independence, $\beta = 0.14$). Contrary to the hypotheses of the authors, optimism in that study was neither correlated nor able to predict current happiness, and this unexpected finding, given other authors' proposals and evidence on the role of this trait-like factor, impel us to explore more carefully its influences.

However, the indirect pathways above commented (option c) have not been previously investigated to date and, consequently, it is not fully understood how these psychosocial factors interplay among them and with happiness. As a consequence, our findings would allow us to understand the unexplored mechanisms by which four psychosocial variables, perceived health, optimism, self-efficacy and social support, play their positive influences on SWB.

2. Methods

2.1 Participants

After obtaining informed consent, 154 men and women aged 65 to 96 years ($M = 77.44$, $SD = 8.03$) voluntarily participated in this study. This convenience sample was recruited from private homes, public places (e.g., parks, churches and health centres), neighbourhood associations, nursing and geriatric homes, day centres, recreational centres for adults and schools for adults in a province in the South of Spain (Granada). For the purposes of the present study, only the individuals, particularly those who were institutionalised, who did not have a diagnosis of depression, dementia or any other neurological or psychopathological disorder that would affect their cognitive functioning were selected from an initial larger sample of

interested elders. None of the participants, particularly those who were institutionalised, were indigent.

Women represented 50% of the participants, with an age range of 65 to 96 years ($M= 78.19$, $SD= 7.17$). The men had an age range of 65 to 91 years ($M= 76.67$, $SD= 8.79$) ($t= -1.166$, $p= 0.246$). All of the participants were Caucasian. Of the participants, 35.7% were institutionalised in nursing or rest homes, and 64.3% lived in their own home (with or without relatives or others). The institutionalisation regimen in our study included individuals who spent 24 hours at the institution (complete regimen) and individuals who stayed at the centre for the whole or part of the day and slept at home (partial regimen). According to current Spanish data from the National Statistics Institute, approximately 3.5% of people 65 years or older are institutionalised in geriatric centres with a complete regimen, whereas 40% of elders use other types of community services for the elderly such as day centres.

Other demographic data for the participants are presented in Table 7.1.

Table 7.1. Socio-demographic data.

CONDITIONS		%
MARITAL STATUS	Single with no history of a regular partner	1.9
	Married or in a stable relationship	56.5
	No current partner but a history of a stable or marital relationship	41.6
EDUCATION LEVEL	No education	20.8
	Primary	46.1
	Secondary	16.9
	Vocational training	7.1
	University	9.1
EMPLOYMENT STATUS	Working	1.9
	Unemployed	2.6
	Housework	20.8
	Retired	74.7
MONTHLY FAMILY INCOME	< 1000 €	47.6
	1000-2000 €	46.2
	2000-3000 €	4.2
	> 3000 €	2.1
NUMBER OF CHILDREN	0	10.4
	1	3.2
	2	23.4
	3	31.8
	≥ 4	31.1
CHRONIC DISEASE (Perceived health on a 0-10 points scale: M= 6.25, SD= 1.89)	Yes, of which	74.7
	Cardiovascular diseases including coronary and vascular diseases, hypertension and high cholesterol	47.9
	Bone and rheumatic diseases including osteoporosis, osteoarthritis and rheumatoid arthritis	27.1
	Diabetes	6.9
	Hyperthyroidism	4.2
	Neurologic diseases including multiple sclerosis, Parkinson and limb paralysis	3.5
	Respiratory diseases including asthma and chronic bronchitis	2.8
	Limb amputation	2.8
	Cancer, including prostate diseases	2.8
	Sensorial deficit	2.1
ANY KIND OF THERAPY	Yes, of which	76.6
	Cardiovascular treatments	26.5
	AINEs	19.7
	Calcium and vitamins supplements	6.8
	Diabetes treatments	5.1
	Hyperthyroidism treatments	4.3
	Anxiolytics	3.4
PERCEIVED STRESSFUL SITUATION (One's own health problems or unemployment were not considered here)	Yes, of which	12.3
	Death of a relative (spouse, offspring, siblings, parents)	26.3
	Spouse's health problems	10.5
	Marital crisis	10.5
	Financial problems	10.5
	Conflicts with a relative	10.5
	Unemployment of a relative	10.5
	Health problems of a relative	5.3
	Marital crisis of a relative	5.3
	Traffic accident of a relative	5.3
Legal problems	5.3	

In Spain, elders represent 8.3 million people, such that one in six people is 65 years or older (43% males, 57% females) and one in three individuals in Spanish homes is an elder (National Statistics Institute, July 2013). Participants in this study can be considered as representative of the general older population in our nation in terms of sociodemographic conditions as compared to national databases such as National Statistics Institute, Women Institute and Elders and Social Services Institute (IMSERSO). The participants' health status is similar to those informed in national reports (e.g., Gonzalo & Pasarín, 2004); higher morbidity/mortality rates have been observed in the Southern regions. The ill participants in our study (74.7%) reported to suffer from several chronic diseases (see Table 7.1); among them, 71.6% suffered from one chronic illness, 23.9% suffered from two chronic illnesses, and 4.6% suffered from three or more chronic illnesses. Prescribed treatments reported by those who indicated to be under any kind of therapy (76.6%) were varied (see Table 7.1; the remaining treatments were reported by less than 2% of participants. A third of the participants reported taking some kind of drugs but were unable to specify their correct active principles, names or aims, and it was not possible to establish this information due to clinical status or records). A relevant percentage of participants indicated to be experiencing a major stressful life event at the time of the study (see Table 7.1).

2.2 Measures

SWB measures:

- *Happiness Scale* (HS; Godoy-Izquierdo & Godoy, 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2013) assessed *current happiness* (i.e., in the last few days or weeks) and *general or past happiness* (during their lifetime) using two questions ("How happy are you.../were you..." followed by the aforementioned sentences) to which participants responded on a scale from 0= Very unhappy to 10= Very happy. The HS also includes a list of 20 life dimensions (e.g., family and family relationships, work, leisure time and hobbies) for which the respondent has to indicate the degree to which he/she perceives that each one contributes to his/her current happiness from 0= Nothing at all to 10= Very much.

Only current and past happiness scores were used in this study. Given the features of this survey, no psychometric analysis is necessary.

Psychosocial variables:

- *General Health Questionnaire* (GHQ28; Goldberg, 1981, Spanish version by Masson, 1996) assessed the individuals' perceived health status in 4 areas (i.e., *physical health, absence of anxiety, daily functioning and absence of depression*) with 7 items for each area, all of them scoring from 0 to 3 in a Likert-type points indicating intensity or frequency; higher scores reflect better health status. Four partial scores and a *global score* can be obtained. In the present study, we considered the total score and two GHQ *physical* and *mental health composite scores*, derived from averaging subscales 1 and 3, and 2 and 4, respectively. Its psychometric properties have been widely established in the Spanish population (Godoy-Izquierdo et al., 2002).

- *SF-12 Health Survey* (Ware et al., 1996, Spanish version by Villangut et al., 2008) provides a profile of the individual's perceived overall health status which is considered a quality of life indicator. This survey has 12 items that assess physical function, social function, physical role, emotional role, mental health, vitality, bodily pain and general health. Response scale includes 3 to 6 Likert-type points indicating intensity or frequency. Two main indicators, *physical* and *mental health*, can be obtained after coding, aggregating and transforming responses, with scores close to 0 reflecting the worst health status and scores close to 100 reflecting the best health status. The psychometric properties of this survey have been widely established in the Spanish population (Villangut et al., 1998).

- *General Self-Efficacy Scale* (SES; Sherer & Adams, 1983, Spanish version by Godoy, 1986) consists of 30 items for which the respondent indicates his/her level of agreement on a Likert-type scale with 5 response alternatives (1= Strongly disagree to 5= Strongly agree). We calculated a *general self-efficacy* partial score and a *social self-efficacy* partial score. Higher scores indicate greater perceived personal efficacy. This scale's psychometric properties have been established in the Spanish elderly

population (Montorio et al., 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol.

- *Life Orientation Test*, revised version (LOT-R; Scheier et al., 1994, Spanish version by Ferrando et al., 2002) assessed optimism. A person indicates his/her level of agreement with 10 statements on a 5-point Likert scale (1= Strongly disagree to 5= Strongly agree). Higher scores indicate higher optimism. The psychometric properties of the LOT have been widely established in the Spanish population (Ferrando et al., 2002). In this study, control items were removed to shorten the assessment protocol.

- *MOS Social Support Scale* (MOSS; Sherbourne & Stewart, 1991, Spanish version by Remor, 2003) assessed social support, including emotional/informational, tangible, affectionate and positive social interactions dimensions, using 20 items that were answered on a 5-point Likert scale (1= Never to 5= Always) indicating the frequency with which each type of available support was given. A global score of *perceived social support* was obtained, with higher scores indicating greater perceived social support. The *number of available relatives and friends* was also reported. Psychometric properties in the Spanish population have been well established (Revilla et al., 2005).

- *Revised Stressful Life Events Scale* (Holmes & Rahe, 1967, 1997, adapted version by Godoy-Izquierdo et al., 2013) assesses 43 stressful life events, 32 of which were included in the original scale and the remaining added because we believed these situations were more specific to the elderly (e.g., not receiving visits from relatives or friends as frequently as one expects or wishes). The excluded items were related to events that could unlikely happen to older people (e.g., pregnancy). Participants were asked to indicate the events they have lived through over the past year (*total number*) and whether they were a positive or negative experience, whether they were perceived as stressful events (0= Not at all to 10= Very much) (*average stress* for the total number of events) and whether something could have been done to solve it, and, if so, whether the action was effective (1= No, I could do nothing, 2= Yes, but what I did failed to work, 3= Yes, what I did helped me to improve the situation but it did not solve it, and 4= Yes, what I did solved the situation perfectly) (*average coping*

for the total number of events). An *impact index* was calculated following the procedure proposed by Holmes & Rahe (1997) by adding events' scores considering Holmes and Rahe coefficients and an average coefficient in the case of the added events. Higher scores indicate greater number of stressful events, average stress, coping and stress impact, respectively. The psychometric properties of the original scale were presented by Scully et al. (2000) for a non-Spanish population. The Spanish version presented here has not yet been validated, but González de Rivera and Morera (1983) made a Spanish adaptation of the original scale.

Sociodemographic data:

Participants also reported their age, sex, marital status, education level, employment status, monthly family income and number of children. They also indicated their perceived health status to a face-valid question with answers on a Likert-type scale from 0= Very poor to 10= Excellent, whether they were suffering from any disease at the time of the study and diagnoses, whether they were under any kind of treatment or therapy and whether they were going through any personal or family stressful situation at that moment.

2.3 Procedure

We provided all participants with general information regarding the main objective of the study and requested their voluntary participation. Individuals who decided to participate signed a consent form. Then, they received detailed information regarding the study and specific instructions as to how to complete the questionnaires correctly. The assessment tools were counterbalanced to avoid order bias. The form of application was collective, but due to personal characteristics or circumstances it was individualized or in an interview format in some cases (e.g., when the elders could not read due to severe vision deterioration or they could not write due to motor difficulties). All of the participants completed the questionnaires during a single

session. This study was approved by the Ethics in Research committee within the authors' institution.

2.4 Analytical procedure

Preliminary and exploratory analyses were conducted to check the data and parametric assumptions. Some of the variables were not normally distributed (Shapiro-Wilk test $p < 0.05$); however, Levene's tests confirmed homoscedasticity for all ($p > 0.05$). Thus, besides descriptive analyses, parametric tests were run.

Besides, we examined mediation and moderated mediation effects. Three conditions are required to conclude that mediation may be present, which are generalizable to moderated mediation: a) a significant total relation between the predictor and the outcome (c path); b) significant paths from the predictor to the mediator (a path) and from the mediator to the outcome (b path); and c) significant indirect effect from the predictor to the outcome through the mediator (ab product) (Baron & Kenny, 1986). The path c', the direct effect of the predictor on the outcome, can be either non-significant, and then a full mediation effect does exist, or significant, and then a partial mediation effect is present. Mediation, moderation and derived procedures test the causal pathway by which a variable transmit its effects or intervene between two other variables in a causal model (Hayes, 2009).

To examine mediating effects, cross-sectional multiple parallel mediation analyses were computed using the SPSS macro "INDIRECT", which includes ordinary least squares linear regression procedures, calculates (if requested) the Sobel test and also accounts for the inclusion of covariates to estimate the total, direct, and single-step indirect effects (specific and total) of a causal variable on an outcome variable through one or more mediators (Hayes, 2009; Hayes & Preacher, 2010; Preacher & Hayes, 2004, 2008). The analyses were repeated with the more recent, derived macro "PROCESS" (Hayes, 2012, 2013). The goal of mediation analysis is to establish the extent to which some putative causal variable influences some outcome through one (or more) mediator variable(s). Mediation exists when the predictor affects the

dependent variable indirectly through at least one intervening variable (MacKinnon et al., 2007; Preacher & Hayes, 2004, 2008).

Using this procedure, mediation was tested by assessing the significance of the cross product of the coefficients for the predictor to mediator relation (the *a* path) and for the mediator to outcome relation controlling for the predictor (the *b* path). An *ab* cross product test is recognized as perhaps the best all-around available method to test mediation (MacKinnon et al., 2002; Hayes, 2009), because it tests the statistical significance of the difference between the total effect accounting for the mediator(s) (the *c* path) and the direct effect between the predictor and the outcome (the *c'* path), this difference being the indirect effect. MacKinnon et al. (1995) showed that *ab* is algebraically equivalent to *c-c'*, thus the significance of the cross product of coefficients directly tests mediation rather than doing so only by inference, as is the case in causal steps approach. In causal steps mediational analyses (e.g., Baron & Kenny, 1986), the difference between *c* and *c'* is not directly tested, but is inferred indirectly on the basis of the significance of the predictor-mediator (the *a* path) and mediator-outcome (controlling for the predictor, or *b* path) relations, and the loss or reduction of significance of the *c* path when the variance due to the *a* and *b* paths are removed. Thus, causal steps approach is among the lowest in power for detecting an indirect effect (Hayes, 2009). This is one major reason why the cross-product of the coefficients approach is a notably better method of detecting indirect effects than causal steps analysis (MacKinnon et al., 2002). Cross-product of the coefficients tests multiply the coefficients for the *a* and *b* paths, and test the statistical significance of the result, providing a single test for the mediational relation. Since *ab* equals *c-c'* in finite data sets, these tests directly assesses the statistical significance of the mediational or indirect effect without needlessly spending power to conduct separate tests on the *a* and *b* paths, which are best examined as a whole due to their mutuality.

The most familiar method of the cross product of the coefficients is the Sobel test (Sobel, 1982). Unfortunately, the Sobel test assumes a normal distribution of the indirect effect *ab* and it is sensitive to violations of normality, and the *ab* distribution is

generally not normal in finite data sets even if the underlying measures are normally distributed (MacKinnon et al., 2002; Preacher & Hayes, 2004).

The non-parametric resampling method used in the current study is preferred (Hayes, 2009; Preacher & Hayes, 2004, 2008; MacKinnon et al., 2004), as it solves the distribution problem through bootstrapping, in which k random samples of the original size are taken from the obtained data, replacing each value as it was sampled, and the indirect effect (ab) is computed in each sample. The point estimate of the indirect effect is the mean ab value computed over the samples. This procedure does not impose the -often violated- assumption of normality of the sampling distribution. Bootstrapping yields percentile-based bias-corrected or bias-corrected and accelerated 95% confidence intervals which are similar to the (bias corrected) 2.5 and 97.5 percentile scores of the obtained distribution of the ab values over the samples, but with z-score based corrections for bias due to the underlying distribution (Hayes, 2009; MacKinnon et al., 2004; Preacher & Hayes, 2004, 2008). If the confidence interval does not contain zero, the point estimate (i.e., the indirect effect) is significant at the level indicated.

Furthermore, multiple mediator model procedure was favored over the commonly used simple mediation analysis mainly because (a) running simple mediation analyses for every potential mediator individually increases the probability of Type I errors, (b) the multiple mediator models allow to use bootstrapping, and (c) multiple mediator analysis allows testing of the significance of indirect effects directly (Preacher & Hayes, 2008).

We also conducted moderated mediation analyses with the "MODMED" macro for SPSS by Preacher et al. (2007) and the "PROCESS" macro (Hayes, 2012, 2013). Moderation seeks to determine whether the size or sign of the effect of some putative causal variable on the outcome variable depends on (i.e., interacts with) a moderator variable or variables, so that it establishes how a process operates if the moderator places constraints on how and when that process can function (Hayes, 2009). Moderated mediation estimates the extent to which an indirect effect of some causal variable on some outcome through a mediator varies as a function of a moderator

(Hayes, 2009; Preacher et al., 2007). Moderation effects in a mediation pathway is equivalent to an interaction between the paths that define the mediating indirect effect and the moderator (Preacher et al., 2007), so that the amount to which the mediator translates the effect of the predictor into the outcome depends on the levels of a moderator. Preacher et al.'s approach (2007) emphasizes the estimation of *conditional indirect effects*, the magnitude of indirect effects conditioned on values of the moderator (i.e., the conditional effect of the predictor on the outcome through the mediator at values of the moderator), by bootstrapping those conditional indirect effects. We decided to run these analyses to test whether the strength of the mediated effect found with the above mediation analyses may be increased or decreased along with levels of other psychosocial variables acting as moderators.

Sociodemographics can also play a role in our analyses, given that Pinqart & Sörensen (2000) in their meta-analysis found moderating influences of gender for social interactions (more relevant for women compared to men) and age for social interactions and competence (more relevant for elders > 70 years old). Others (e.g., Kostka & Jachimowicz, 2010) have also found that optimism and self-efficacy are higher among men, younger and healthier elders. Thus, we included age and gender as covariates in all the analyses. Past happiness was also found as a predictor of current happiness in the present sample (Godoy-Izquierdo et al., 2013), and we also controlled for it as a covariate of current happiness in the analyses conducted.

Analyses were carried out without any case with missing data, except when the variable coping was introduced (N= 148). The level of significance was set at $p < 0.05$.

3. Results

Means, standard deviations and correlation values with current happiness for all variables are summarized in Table 7.2. Table 7.3 shows the bivariate correlations among the psychosocial variables considered in the study.

Table 7.2. Descriptive results for psychosocial variables and correlations with current happiness.

	M	SD	Min	Max	Pearson <i>r</i> current happiness
Current happiness	6.59	1.90	0	10	
Past happiness	7.69	1.33	4	10	0.308**
General self-efficacy	78.67	11.32	46.00	99.00	0.227**
Social self-efficacy	19.35	3.16	11.00	29.00	0.247**
Optimism	19.83	2.76	10	29	0.007
Perceived social support	72.56	16.81	37.00	95.00	0.338**
Average stress	5.70	2.05	1.00	10.00	-0.279**
Average coping	2.22	0.86	1.00	4.00	0.037
Total impact stress	61.15	44.33	0.00	221.00	-0.136
Current perceived health	6.25	1.89	1.00	10.00	0.383**
GHQ_ physical health	14.15	4.24	0.00	21.00	0.290**
GHQ_ absence of anxiety	15.49	4.03	0.00	21.00	0.343**
GHQ_ daily functioning	13.26	2.00	8.00	20.00	0.434**
GHQ_ absence of depression	18.71	3.15	3.00	21.00	0.463**
GHQ physical health composite	13.70	2.74	5.50	18.50	0.383**
GHQ mental health composite	17.10	3.20	6.50	21.00	0.444**
Total GHQ	61.62	10.70	26.00	76.00	0.462**
SF12 physical health	36.50	9.60	17.00	55.00	0.292**
SF12 mental health	38.64	7.83	19.00	58.00	0.360**

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Table 7.3. Pearson's correlation values for the psychosocial variables included in the study.

	SE	OPT	SS	COP	GHQA	GHQB	GHQC	GHQD	GHQT	GHQPHC	GHQMHC	SFP	SFM
SE	1	0.166*	0.293**	0.003	0.241**	0.061	0.264**	0.227**	0.235**	0.283**	0.150†	0.431**	0.259**
OPT		1	-0.104	0.182*	0.019	-0.076	0.042	0.059	0.004	0.030	-0.019	0.058	0.046
SS			1	-0.101	0.075	0.032	0.179*	0.226**	0.142†	0.124	0.131	0.179*	0.140†
COP				1	0.027	-0.114	0.061	0.059	-0.003	0.043	-0.042	0.119	-0.152†
GHQA					1	0.621**	0.476**	0.426**	0.844**	0.947**	0.600**	0.486**	0.369**
GHQB						1	0.311**	0.585**	0.853**	0.594**	0.917**	0.202*	0.409**
GHQC							1	0.463**	0.629**	0.733**	0.424**	0.501**	0.296**
GHQD								1	0.770**	0.498**	0.860**	0.329**	0.367**
GHQT									1	0.883**	0.915**	0.459**	0.464**
GHQPHC										1	0.619**	0.559**	0.393**
GHQMHC											1	0.289**	0.438**
SFP												1	0.110
SFM													1

† $p < 0.10$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

SE: Self-efficacy; OPT: Optimism; SS: Social Support; COP: Coping; GHQA: GHQ-Physical health; GHQB: GHQ-Absence of anxiety; GHQC: GHQ-Daily functioning; GHQD: GHQ-Absence of depression; GHQPHC: GHQ-Physical health Composite score; GHQMHC: GHQ-Mental health Composite score; SFP: SF Physical health; SFM: SF Mental health.

Following our objectives, as a first step multiple parallel mediation analyses (Model type 4 for PROCESS) were conducted to address the question whether self-efficacy and social support were paths of interest (mediators) in the relation between optimism (predictor) and happiness (outcome). We included age, sex and past happiness as covariates, so that indirect paths between independent variable and mediator and mediator and dependent variable, and direct path between independent and dependent variables, controlled for their effects. We found that neither the direct effect nor the indirect effect were significant. Thus, we added a new variable to the model, coping. No significant direct or indirect effects were found this time either. In all cases, the a and b effect were significant or marginally significant (the exception was the path from coping to happiness, non-significant), but the c and c' paths were non-significant. (Data not shown but available from authors upon request).

Given that self-efficacy, social support and coping were not a significant mediator of the optimism-happiness relation, suggesting that these psychological resources were not responsible for the influences of optimism on SWB, but their associations with the variables included were significant, we tested the inverse model (i.e., whether optimism was a mediator, in consonance with previous evidence) as a second step controlling for age, sex and past happiness. Nevertheless, optimism did not mediate the relation between self-efficacy, social support and coping and happiness when it was added as mediator alone, in pairs or triads with the remaining variables (for example, optimism, social support and coping were not mediators of the self-efficacy-happiness relation). This time, for all the analyses c and c' were significant (because interaction terms were significant), but paths from each predictor to optimism or from optimism to outcome were non-significant, and the same occurred for coping as mediator. When coping was considered as the predictor, a path to optimism was always significant, but b, c and c' paths were non-significant (Data not shown but available from authors upon request).

Consequently, given that the previous findings pointed at a more complex relationship between the study variables, we conducted as third and final step, a series of moderated mediation analyses with happiness as the dependent variable and

different variables as independent, mediators and moderators (detailed findings are presented only for the final model with best fit to data, but all the results are available from authors upon request). Given that coping was not a significant variable in any of the previous analyses, it was omitted in these new analyses. In all of them, age, sex and past happiness were again considered as covariates in both direct and indirect paths.

The only substantial moderated mediation effect emerged when using happiness as dependent variable, perceived self-efficacy as the independent variable and GHQ mental health status composite score as mediator, and social support and optimism as moderators (Model type 21 for PROCESS). In this model, optimism was specified as a moderator variable conditioning the GHQ mental health composite score-happiness path, and social support as a moderator variable in the self-efficacy-health status path (see Figure 7.1). Self-efficacy could not predict significantly mental health ($-0.14, p > 0.05$), but its interaction with the moderator social support ($-0.21, p < 0.05$) did it: the higher the levels of self-efficacy, the better mental health among those with greater perceived social support. Furthermore, happiness was predicted by mental health ($-0.48, p < 0.05$) and this effect was moderated in turn by optimism ($-0.64, p < 0.01$), and consequently happiness was predicted positively by the interaction of both: When self-efficacy and social support were considered, the higher the levels of mental health, the higher the SWB of the elders when they are more optimistic. Thus, the influence of self-efficacy on happiness through mental health is conditioned to the levels of social support and optimism, so that when perceptions of social support and positive expectancies for the future are both moderate or high (equals the mean or higher), self-efficacy influences positively happiness through better mental health, but when social support and optimism are both low (below the mean), there is no relationship between self-efficacy and happiness mediated by mental health, as informed by the conditional indirect effect(s) of self-efficacy on happiness through mental health at different values of the moderators.

Moreover, self-efficacy could not predict happiness directly ($0.02, p > 0.05$), but only indirectly, by this moderated mediation effect. Besides, past happiness influenced

current happiness (0.10, $p < 0.01$) and was controlled for in all the paths in the model, whilst no influences were found for age and gender. Overall, 33% of the happiness variance was accounted for by the entire model ($R = 0.58$, $R^2 = 0.33$, $F = 10.425$, $p = 0.000$). Table 7.4 shows the t values and significance of the a, b, c and c' paths and Table 7.5 shows the conditioned effects of the variables at values of the moderators.

Table 7.4. Moderated mediation for self-efficacy-happiness relation through mental health, by social support and optimism (Model type 21), controlling for age, gender and past happiness.

MEDIATOR VARIABLE MODEL ($R = 0.42$, $R^2 = 0.18$, $F = 5.298$, $p = 0.000$) (Covariates Gender and Past happiness, $p > 0.05$)						
Variable	Unstand. Coeff	St. Error	T	p	LLCI	ULCI
Constant	13.6314	7.6906	1.7725	0.0784 [†]	-1.5671	28.8299
Self-efficacy	-0.1363	0.0878	-1.5521	0.1228	-0.3099	0.0373
Social support	-0.2089	0.1037	-2.0154	0.0457*	-0.4138	-0.0041
Self-efficacy*Social support	0.029	0.0013	2.2905	0.0234*	0.0004	0.0054
Covariate Age	0.1254	0.0334	3.7589	0.0002	0.0595	0.1913
DEPENDENT VARIABLE MODEL ($R = 0.58$, $R^2 = 0.33$, $F = 10.425$, $p = 0.000$) (Covariates Age and Gender, $p > 0.05$)						
Variable	Unstand. Coeff	St. Error	T	p	LLCI	ULCI
Constant	12.6210	4.2895	2.9423	0.0038**	4.1436	21.0985
Self-efficacy (Direct effect)	0.0229	0.0128	1.7860	0.0762 [†]	-0.0024	0.0482
Mental health	-0.4834	0.2337	-2.0688	0.0403*	-0.9452	-0.0216
Optimism	-0.6390	0.2019	-3.1651	0.0019**	-1.0380	-0.2400
Mental health*Optimism	0.0381	0.012	3.1539	0.0020**	0.0142	0.0619
Past happiness	0.2871	0.1020	2.8142	0.0056**	0.0855	0.4887

Mental health: GHQ-Mental Health composite score. All the coefficients are unstandardized coefficients. Number of bootstrap samples for bias corrected 95% confidence intervals: 1000. † $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Table 7.5. Conditional indirect effect(s) of self-efficacy on happiness through mental health at values of the moderators social support and optimism.

Social support	Optimism	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
55.7558	17.0663	0.0044	0.0070	-0.0032	0.0285
	19.8312	0.0072	0.0090	-0.0079	0.0293
	22.5960	0.0101	0.0121	-0.0114	0.0368
72.5649	17.0663	0.0126	0.0095	-0.0011	0.0369
	19.8312	0.0206	0.0092	0.0063	0.0450
	22.5960	0.0286	0.0121	0.0093	0.0592
89.3741	17.0663	0.0208	0.0147	-0.0030	0.0555
	19.8312	0.0339	0.0133	0.0118	0.0670
	22.5960	0.0471	0.0182	0.0164	0.0930

Bias corrected 95% confidence intervals. Values for moderators are the mean \pm 1 SD.

This analysis was repeated with the remaining four subjective indicators of perceived health status, as described in Measures: GHQ total score, GHQ physical health composite scores and SF mental and physical health indicators, but no evidence of moderated mediation was found (for GHQ total score, findings were marginally significant; data not shown but available upon request).

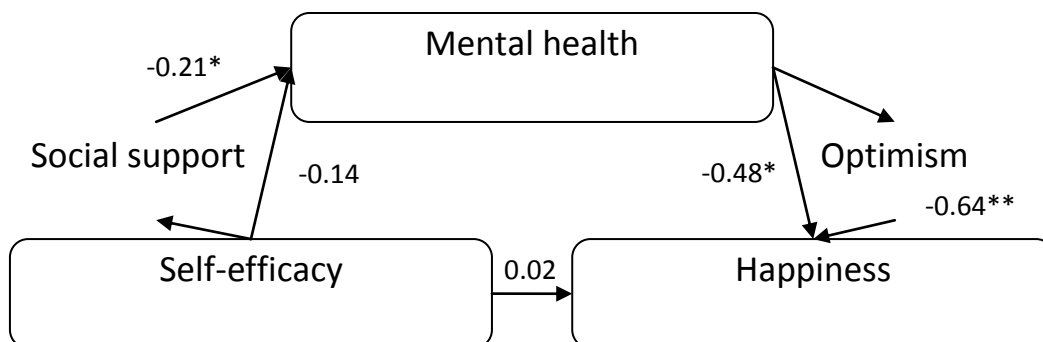


Figure 7.1. Mediation effect for self-efficacy-happiness relation through mental health, moderated by social support and optimism (Model type 21), controlling for age ($p > 0.05$), gender ($p > 0.05$) and past happiness ($p < 0.05$).

4. Discussion

This was one of the first studies to shed light on the specific mechanisms by which three psychosocial resources for which there is compelling evidence on their impact on well-being influence, in an interactive way, SWB in the elderly. Besides the pioneer study by Ferguson and Goodwin (2010), there is a lack of research on the potential interplays of self-efficacy, optimism and social support for SWB among older adults. Nevertheless, such study explored positive affect instead of a general subjective indicator of SWB, and considered optimism as the predictor and perceptions of controllability and satisfaction with social support as mediators. There is also some other evidence obtained with apparently healthy adults (Karademas, 2006), which is limited not only by the sample characteristics but also by outcome variables used. There is also other evidence with elders patients with osteoarthritis on the relationships of optimism and social support with psychological well-being, including life satisfaction (Ferreira & Sherman, 2007), and optimism and perceptions of control with general well-being linked to falls (Ruthig et al., 2007), but it is limited in the type or number of variables considered simultaneously and the type of outcomes assessed. Moreover, other research has explored whether optimism and self-efficacy predict general well-being and life satisfaction, but did not conduct analyses on indirect effects (Kostka & Jachimowicz, 2010). Consequently, the present study is the first one in examining whether perceptions of generalized self-efficacy and of social support and optimistic expectancies have an influence in the relationship between mental well-being and happiness in the old age including both direct and indirect paths, based on previous multilevel regression analytic procedures (Godoy-Izquierdo et al., 2013) and exploring possible interplays among the variables with mediation and moderated mediation analyses.

Once the existence of an effect has been demonstrated (e.g., previous findings, regression analyses), focus eventually shifts toward understanding the mechanism(s) by which an effect operates (*how* it occurs, or mediating effects) and establishing its boundary conditions or contingencies (*when* it occurs, or moderating effects) (Hayes, 2012). Answering such questions result in a deeper understanding of the phenomenon

or process under investigation and gives insights into how that understanding can be applied (Hayes, 2012).

In the present study, a series of mediation models to predict happiness was specified considering self-efficacy, social support and optimism (and eventually coping). The mediational effects on such models were assessed using a non-parametric bootstrapped multivariate approach to the cross-products of the coefficients (Hayes, 2012; Preacher & Hayes, 2004, 2008). For each analysis, 1000 bootstrap random resamples were taken from the obtained data for parameter estimation, ensuring stability of the analyses. Bias-corrected 95% confidence intervals were then derived from the obtained distribution of ab scores over the samples. This requires no assumption regarding the underlying distributions since the statistical significance level is determined non-parametrically.

Findings demonstrated that, controlling for age, gender and past happiness, optimism participated in the prediction of SWB when health status was considered, but only as a moderator of the influences of mental health on happiness. Trying to replicate Ferguson & Goodwin (2010) results, who found that the influences of optimism on SWB were predominantly mediated by other psychosocial variables, it was firstly examined whether the optimism-happiness relationship was partially or fully mediated by self-efficacy and social support (and coping), including a specific measure of happiness as outcome variable and a measure of self-efficacy in order to take into account the expectancies about one's own resources. Ferguson & Goodwin (2010) found that, when positive affect was considered, social support, but not perceived control, was a partial mediator in such relationship. They also found a direct path from optimism to perceived control and an indirect path mediated by social support, which couldn't, however, predict positive affect. Our findings did not support these indirect paths. In our study, optimism was not demonstrated as a predictor or a mediator, but a moderator of the mental health-happiness link. Thus, findings do not support either other evidence with elders in which optimism was considered as a mediator for SWB or general well-being (Ferreira & Sherman, 2007; Ruthig et al., 2007). Contrarily to previous findings (Kostka & Jachimowicz, 2010), optimism was not

found in previous analysis with the sample of the present study as a predictor or a correlate of current happiness (Godoy-Izquierdo et al., 2013; see also Table 7.3) and, precisely because of that, we suspected a more complex figure of its influences, which was supported by the findings presented herein. Bivariate correlations indicated it was positively associated to both mental health and happiness. Our findings on indirect effects indicated that it negatively predicted happiness in the, in turn, reverse mental health-happiness relationship, so that when optimism reaches at least moderate values (i.e., in those elders with moderate to high optimistic expectancies), the better the mental well-being the higher the levels of SWB.

Optimism has been proposed and found to influence well-being (Carver et al., 2010; Rasmussen et al., 2009) and SWB (Diener et al., 1999; Forgeard & Seligman, 2012), also in older populations (Achat et al., 2000; Giltay et al., 2006a; Steptoe et al., 2004). The empirical evidence is, however, more confusing regarding whether it plays a direct role (predictor) or it is a factor in an indirect pathway (mediator, moderator). As we reviewed in the Introduction section, there is abundant evidence supporting its role as a predictor variable, whose effects are both direct and (fully or partially) indirect through several intermediate (mediators) variables such as functional coping (Carver et al., 2010; Solberg Nes & Segerstrom, 2006), social support (Brisette et al., 2002; Trunzo & Pinto, 2003; Winberly et al., 2008) or competence-related constructs such as self-efficacy and self-mastery (Majer et al., 2004). Nonetheless, optimism has been also found to play a mediating role. For instance, optimism, along with coping strategies and social support, was found to mediate the association of migration with lower self-reported health and life satisfaction among migrant adults living in rural areas (Ek et al., 2008). Optimism has been also related to better mental and physical health in mothers of adult child with autism, Down syndrome and schizophrenia and it totally or partially mediated the relationship between mother-child relationship and maternal psychological well-being (Greenberg et al., 2004) or between family social support and maternal well-being (Ekas et al., 2010). Ho et al. (2010) found that optimism partially mediated the relationship of meaning in life with general and domain-specific life satisfaction, as well as with a general indicator of psychosocial maladjustment (anxiety, depression, alienation and social problems), in adolescents

from Hong Kong. Further, among older adults with osteoarthritis, optimism partially mediated the relationship of pain to life satisfaction, while social support partially mediated the role of pain in depressive symptoms in the study by Ferreira & Sherman (2007). Also among older adults, falling negatively predicted perceived control and optimism, which mediated the effects of falling on elders' health and well-being in the study by Ruthig et al. (2007).

Optimism has been also found to mediate the relationship between other psychosocial resources and well-being. For example, optimism and social support mediate the relationship between religiousness and spirituality and life satisfaction (Salsman et al., 2005). The negative relationship between beliefs in good luck and both depression and anxiety seem to be explained by the fact that beliefs in good luck engender optimistic beliefs and decrease irrational beliefs (Day & Maltby, 2003). Further, optimism and perceived control mediate the path between volunteering status and the increased well-being that volunteers report (Mellor et al., 2008).

The present study, whilst not being able to find evidence for a mediated or mediating role of optimism on happiness, nor in the relationship between self-efficacy and happiness, supported a moderating effect in the last pathway by which optimism conditioned the influences of the mediator perceived mental health on happiness. Forgeard & Seligman (2012) stressed that cultivating flexible and relatively realistic optimistic expectancies may be most advantageous, and it has become one of the central pathways for interventions designed to improve people's well-being. We agree with this affirmation and encourage that optimism is considered in interventions aimed at increasing elders' happiness, particularly if we consider that optimistic expectancies decrease as age advances (Giltay et al., 2006a,b).

The second variable found in the present study as a moderator was social support, which has demonstrated to be a relevant source of well-being (Rhodes, 2004) and SWB (Diener et al., 1999), also in older populations (Berg et al., 2006; Cacioppo et al., 2008; Jones et al., 2003; Litwin & Stoeckel, 2013; Merz & Huxhold, 2010; Pinquart & Sörensen, 2000). As we reviewed in the Introduction section, when optimism has been considered along with social support, it has been proposed that optimism

increases social resources (Carver et al., 2010; Kostka & Jachimowicz, 2010) and there is abundant evidence supporting its role as a mediator variable for the optimism-well-being and optimism-SWB relationship (Brisette et al., 2002; Trunzo & Pinto, 2003; Winberly et al., 2008), and the same has been demonstrated with older adults (Fergusson & Goodwin, 2010), although evidence is not conclusive and others have found the reverse (Segerstrom, 2007). Thus, as Carver et al. (2010) stated, there is a possibility of reciprocal influence. Our findings did not support any of these conclusions. Social support could not mediate the influences of optimism on happiness, and its influences were not either mediated by holding optimistic expectancies. We found that perceptions of social support did not predicted happiness or mediated the influences of self-efficacy on happiness, but they moderated the influences of self-efficacy on mental health, so that, as bivariate correlations and the indirect effect found indicate, higher self-efficacy expectations translate into better mental well-being when perceived social support is at least moderate. This adjust with other evidence demonstrating the independent effects of optimism and social support when both are considered jointly (Cacioppo et al., 2008).

Further, Ferreira & Sherman (2007) found that social support partially mediated the role of pain in depressive symptoms (but not life satisfaction), and this finding also support that it may be more important for mental well-being than for happiness itself. Emotional and positive instrumental support may be associated with mental health, may provide a protective mechanism for reducing distress, anxiety and sadness, and may strengthen feelings of personal value and self-esteem in old age. Undoubtedly, social support is a resource for well-being and positive outcomes at any level, but at least with adult olders it seems to be more relevant to condition the influences of the high/low perceptions of self-efficacy the individual posses on his(her) mental well-being. Indeed, emotional support is positively associated with SWB; however, instrumental support, even when provided by family or other reliable sources, may have a negative impact on SWB when it is related to a loss of autonomy or to dependence (Reinhardt et al., 2006). Others have also found differential effects of social support on well-being and SWB depending on the quality of the relationship (Newsom et al., 2003, 2005) or even on it and the kinness and type of support offered,

so that emotional support proceeding from kin relationships and instrumental support coming from non-kin relations enhance well-being, emotional support coming from non-kin relations does not influence well-being and instrumental support coming from kin relationships deteriorate well-being only when the quality of the relationship is perceived as poor (Merz & Huxhold, 2010).

The model best fitting our data indicated that self-efficacy, according to Self-regulation theory (Bandura, 1997), was detected as the predictor of mental well-being and happiness in the elderly. Self-efficacy or related constructs such as self-confidence, self-competence, self-mastery or perceived control, have been proposed as another core source of well-being (Bandura, 1997) and SWB (DeNeve & Cooper, 1998; Diener et al., 1999) in the general population as well as among elders (Berg et al., 2006; Pinquart & Sörensen, 2000; Kunzmann et al., 2002). Nonetheless, in our study it was unable of predicting directly happiness, but only through the mediation of mental health and moderated by social support and optimism: Higher self-efficacy translates into enhanced mental health only among those elders holding moderate to high social resources, and simultaneously elders benefit from having higher mental health and this feeds their happiness only when optimistic expectancies are also moderate to high. Bivariate correlations among these variables were all found to be positive and as expected, but findings revealed a complex relationship among them.

Self-efficacy expectations and optimistic expectations, being both positive expectations, share some communalities. They are robustly correlated (Caprara et al., 2006; Luszczynska et al., 2005; Magaletta & Oliver, 1999; Majer et al., 2004; Schwarzer et al., 1997) and it has been proposed (Forgeard & Seligman, 2012) and proved empirically that optimism may feed self-efficacy perceptions in elders (Ferguson & Goodwin, 2010). Besides, stress-related secondary appraisal when confronting demanding situations has been found to be a mediator when optimism has been used to predict positive outcomes in general well-being (Chang, 1998a). Secondary appraisal and self-efficacy share some important features, given that both consist on an evaluation of one's own resources to manage life demands. Nonetheless, in adult populations, a reverse relationship between optimism and self-efficacy has been also

found (Karademas, 2006). In any case, it is expected that a reinforcing relationship may exist between optimism and self-efficacy. However, evidence points to an independent influence from both variables on outcomes as well (Kostka & Jachimowicz, 2010; Ruthig et al., 2007). That is what our findings support. There is neither a direct relationship nor an overlapping effect between them as others pointed (Marshall & Lang, 1990). Moreover, self-efficacy effects on mental well-being were moderated by social support perceptions, contrarily to Karademas (2006) conclusions with adults, finding a mediating role of optimism in the self-efficacy-life satisfaction relationship. Thus, our findings also point that, despite self-efficacy and optimism possibly share some features, these variables do not relate as directly and robustly as self-efficacy and social support when their influences on an outcome are investigated.

Our findings, on the other hand, reflect in part findings by Ferguson & Goodwin (2010), who established that perceived control could not predict directly a hedonic indicator of SWB, positive affect, or even considering the influences of optimism and social support. Our model confirmed that, only when considering the mediating role of mental health and the moderating roles of social support and optimism, it is possible to understand the self-efficacy-happiness relationship. In other words, social support is necessary for positive mental health based on self-efficacy resources, and optimism is necessary for happiness based on mental health status. Such moderated mediation model explained one third of the variance in happiness, suggesting that other variables should be also accounted for in this formula. Besides, comparison of the coefficients for the direct versus indirect paths suggests that a relatively small part of the effect of self-efficacy on happiness is explained by the interaction of mental health, social support and optimism, and there may be other variables through which self-efficacy might influence happiness. Stress and coping are interesting given the support evidenced in the literature. For instance, among adults entering the late adulthood and young elders, chronic stress predicts negative changes in happiness during a 2-year period (Cacioppo et al., 2008). Thus, stress-related variables and coping should be considered. Unfortunately, we couldn't find support for coping, but perhaps a better manner of assessing it than in our study would change the figures. On the other hand, leisure and daily activities have been proposed as correlates of SWB in the elderly (e.g.,

Menec, 2003), and their impact when combined with other psychosocial resources can be explored in the future.

In conclusion, self-efficacy proved to be essential for happiness, and interventions should be considered for enhancing perceptions of efficacy with the aim of promoting overall well-being, but such interventions should also carefully address social resources and optimistic expectancies of elders, as well as other possible key variables for happiness in the old age. This is particularly important given that, as occurs with optimistic expectancies and social resources, unfortunately, a significant decline has been observed in perceptions of control over the lifespan (Winsor & Anstey, 2010). Furthermore, older adults show low perceived control over age-related declines, which impacts their cognitive performance, health and well-being (Lachman, 2006).

In the present study, mental health revealed as a strong predictor of happiness in older adults. It fully mediated the influences of self-efficacy on SWB. Thus, it seems that how the elder perceives his(her) mental health status plays a relevant role in the relation between the elder's efficacy expectations and his(her) happiness, but the individual's mental health also depends on his(her) perceptions of social support, and his(her) SWB considering his(her) mental health status also depends on the optimistic expectations the elder holds. Approaches to mental health, psychological well-being and subjective well-being are complex and varied, with some considering them as synonyms (e.g., mental health as a complete state of hedonic and eudaimonic well-being; Keyes, 2006), some considering SWB as a multi-faceted phenomenon (e.g., Diener et al., 2009) in which mental health is a facet (Diener, 2006), some treating them as interrelated components of the same macrodimension (e.g., overall well-being or wealth, or positive health; Seligman, 2008) and others viewing them in a casual path starting with one and ending with another one in each proposal (Lent, 2004; Keyes et al., 2003). Literature is extensive on this issue, and this is not the adequate place for a review or a debate on it, but our position agrees with Diener's proposal, and even when there can be a reciprocal influence between such multifaceted phenomena (i.e., healthier people feeling happier, and happier people feeling healthier), mental health

(i.e, people's resources for positive emotional, psychological and social well-being and for successful daily life) can be viewed as a precursor of happiness (i.e., people's own evaluations of their lives). In any case, health status and daily functioning, particularly when they are self-reported subjective indicators, have been consistently related to SWB among the elderly (Berg et al., 2006; Cho et al., 2011; Gwozdz & Sousa-Poza, 2010; Fakouri & Lyon, 2005; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Kunzmann et al., 2000; Landau & Litwin, 2001; Schilling et al., 2013; Smith, 2001; Waldinger & Schulz, 2010; Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000), particularly when constraints are not perceived to be imputable to ageing.

Among the variables included in the present study, none operates as trickily as optimism. Nonetheless, optimistic expectancies have proved to be relevant for health, well-being and happiness. There is also promising evidence that optimism may predict increased longevity when other confounders and risk factors are controlled for. Schulz et al. (1998) found that cancer patients receiving palliative radiotherapy who were pessimistic were more likely to die in the next 8 months (optimism was not associated to survival). Tindale et al. (2009) have found that optimistic women have a 30% lowered risk of dying due to cardiovascular or all causes across the 8 years of study. With elders, Giltay et al. (2004) observed that most optimistic elders at baseline were almost half as likely to die of cardiovascular and all causes over a 10-year period. This finding was replicated for a 15-year period in a graded optimism-risk of mortality relationship (Giltay et al., 2006b).

Similarly, there is evidence pointing out that happier people live 4 to 10 years longer (Diener & Chan, 2011). In their review, Diener & Chan (2011) conclude that positive subjective states such as happiness, life satisfaction and affect balance, and traits such as optimism, "causes" better health and longevity (p. 1). They also conclude that there is irrefutable evidence for healthy populations, whilst the evidence for ill populations remains controversial. These positive states predict health and longevity beyond negative states. Nevertheless, intensely aroused positive states may be detrimental to health due to the deleterious effects of psycho-physiological activation. Two further systematic reviews and meta-analyses of cross-sectional and longitudinal,

experimental and correlational studies on this issue support such conclusion. Howell et al. (2007) demonstrated a positive relationship between psychological well-being and objective health outcomes ($r= 0.14$), at the short-term ($r= 0.15$) and the long-term ($r=0.11$), and with disease or symptom control ($r= 0.13$). Additionally, the impact of well-being on improving health was stronger for immune and cardiovascular functions and pain tolerance, whereas well-being was not significantly related to increases in physiological reactivity, but indeed might buffer the impact of stress. Chica & Steptoe (2008) integrated evidence on the association between positive well-being and mortality in healthy and non-healthy populations. Their findings demonstrated that positive psychological well-being was associated with reduced mortality in both populations and that the protective effects of positive psychological well-being were independent of negative affect. Moreover, both positive affect (e.g., emotional well-being, positive mood, joy, happiness, vigor, energy) and positive trait-like dispositions (e.g., life satisfaction, hopefulness, optimism, sense of humor) were associated with reduced mortality.

As an example of the positive influences of SWB in the elderly, besides those above commented, Pitkala et al. (2004) found that those elders (21% of the entire sample) who demonstrated a positive life orientation -a composite of several indicators including satisfaction with life, zest for life, having plans for the future, not and seldom feeling needed, lonely or depressed- were less likely to enter in permanent institutional care (11% of risk reduction) or to die (42% of risk reduction) over a follow-up period of 5 and at 10 years. Xu & Roberts (2010) followed adults in two age groups longitudinally during 28 years and examined several indicators of SWB, positive and negative feelings, positive and negative affect and global and domain-specific life satisfaction as predictors of longevity (i.e., risks of all-cause, natural-cause and unnatural-cause mortality). Controlling for demographic and baseline health covariates (medical conditions, functional disabilities and perceived health), all of them, negative feelings excepted, predicted lowered risks of all-cause and natural-cause mortality, with reductions up to 10%, and lowered risk of unnatural-cause mortality, with reductions up to 14%. Moreover, they found that social resources partially or completely mediated these relationships. Negative feelings showed no associations

with the mortality outcomes. These findings were established mostly in the healthy subsample. When they analyzed separately individuals <55 and ≥55 years old, they found that for all-cause and natural-cause mortality, SWB and positive feelings were significant predictors of longevity only in the older group and domain-specific satisfaction was a significant predictor of longevity only in the younger group; for unnatural-cause mortality, SWB and positive feelings were significant predictors only in the younger group.

Consequently, besides promoting self-efficacy and social support for enjoying a better status in terms of psychological health and well-being, we stress the importance of increasing resources for holding optimistic expectancies about oneself, the life and the future, given that all of these variables in conjunction determine how happy the elders feel, how healthy they are and how longer they will live. Our findings shed light on the way these variables might operate for happiness. Considering the evidence to date, one can conclude that the ingredients of a psychological intervention with a favorable impact on happiness should include these variables, although till now we could not specify whether a single ingredient was crucial or whether the package as a whole was necessary, and in this case, why.

There are several proposals for enhancing positive and optimistic thinking (and not only decrease negative, pessimistic thinking). Fordyce (1977, 1983) included practicing optimism among his 14 fundamentals for happiness. Cognitive therapy and visualization may help (Pretzer & Walsh, 2001; Riskind et al., 1996) and other strategies, such as exploring best possible selves or promoting positive future thinking (Boehm et al., 2011; Layous et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2011; Peters et al., 2010; Quoidbach et al., 2009; Sheldon & Lyubomirsky, 2006b) have been also proposed more recently. More generally, interventions for increasing happiness generally include ingredients for enhancing optimistic and efficacy expectations, social resources and psychological well-being (see for example Bolier et al., 2013; Diener & Ryan, 2009; Parks et al., 2012; Seligman et al., 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2007; Sin & Lyubomirsky, 2009; Snyder & Lopez, 2005; Tkach & Lyubomirsky, 2006 for a review), and these principles can also be used for enhancing mental health in clinical

populations (for example, Cloninger, 2006; Duckworth et al., 2005; Garlan et al., 2010; Meyers et al., 2013; Mitchell et al., 2010; Seligman et al., 2004; Sin & Lyubomirsky, 2010). A classic meta-analysis on psychosocial interventions aimed at increasing SWB in late life based on the variables included in this study proved that such interventions are successful for increasing well-being at the short term, but a focus should exist for ensuring long-term benefits (Okun et al., 1990). Recent meta-analyses conclude the same (e.g., Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2010). Consequently, interventions should ensure that the components and the duration of the intervention will be the appropriate for promoting happiness and creating a sense of life worth living.

Limitations

There are some limitations in this study to be noted. First, the participants were volunteers with an adequate health status and cognitive functioning with overrepresented community-dwelling elders and individuals with low to moderate education and socioeconomic level, and it might not be a representative group of the elderly in Spain or beyond. It appeared, however, roughly representative in comparison to national databases and other studies conducted in our nation.

Second, our findings are totally reliant on self-reported data, and the validity of the findings would be enhanced with other sources of information, such as other informants, clinical reports, behavioral observation or momentary time sampling. Furthermore, other psychosocial resources or human virtues or strengths should also be included. We also tested several other models which were either theoretically sound or less plausible as prior evidence does not support them. In any case, none received support from findings. Additional research is needed to confirm this conclusion. Moreover, we used an indicator of SWB, happiness, but other outcome variables, such as life satisfaction or affect balance, must be also included in future research for a wider generalizability of the conclusions.

Three, the cross-sectional design of this study does not allow to establish directional causal paths. A longitudinal, prospective design examining changes in the

relationships among the variables over time or experimental studies including an intervention aimed at increasing psychosocial resources and SWB would provide us with more concrete results on the relationships between self-efficacious and optimist expectations, social support and SWB outcomes.

Further, indirect effects analysis is notably less powerful than outcome analysis (MacKinnon et al. 2004), which means that only very strong mediational effects would be likely to be detected in the present study due to sample size. Moreover, we decided to test both mediation and moderated mediation models, but other possibilities, based on theoretical ground or empirical findings, must be tested in the future, including for example simple moderation effects, mediated moderation or serial multiple mediation (Hayes, 2012) as well as other possible relationships among the variables (i.e., models type proposed in PROCESS).

Finally, cultural differences have been established for both optimist-pessimist expectancies for the future and their influences on several outcomes (Carver et al., 2010; Chang et al., 2003), as well as for self-efficacy (Klassen, 2004; Luszczynska et al., 2005; Scholz et al., 2002) and social support (Burlinson, 2003; Taylor et al., 2007). Diener et al. (2003) also have stressed that cultural variables explain differences in mean levels of SWB both at individual and community levels, and culture has been one of the most visited variables for explaining national differences in SWB (Diener et al., 2003; Diener & Biswas-Diener, 2008; Diener & Ryan, 2009). Thus, the results presented herein should be replicated with samples from other nations and with other race/ethnic and cultural backgrounds.

Conclusions

Self-efficacy reveals as a powerful contributor to happiness in the elderly when mental health status is considered, and its effects are moderated by two well-documented psychosocial resources for well-being: Optimism and social support. This study has elucidated the mechanisms by which mental health, self-efficacy, social support and optimism, the last one being proposed as a source of happiness for which

empirical evidence was controversial, influences SWB and, thus, it makes a contribution to our cumulative knowledge on psychosocial correlates of happiness in the old age. As findings support, the influences of perceptions of self-competence are conditional to older adults' perceptions of social support from others and optimistic expectancies.

Understanding the relationships between psychosocial resources such as optimism, self-efficacy and social support with indicators of SWB, and more generally well-being, will allow us to understand underlying processes and to use this information for the design of effective interventions for promoting happiness, fulfilling and optimal living and a positive ageing in the elderly, particularly when health status is considered.

Finally, our findings also add some light on the well-being "paradox" in old age (Diener et al., 1999; Kunzmann et al., 2000; Schilling, 2006), which suggests that older persons maintain a sense of well-being in the face of declining life circumstances, such as increased risks, losses and lessens (Blanchflower & Oswald, 2008; Diener et al., 2009; Jopp & Rott, 2006). In a opening paper on the relationship between age and happiness, Diener & Suh (1998) concluded that older adults are as happy, if not happier, as younger people, and others have more recently indicate that happiness also may slightly increase during late life (Blanchflower & Oswald, 2008; Lacey et al., 2006; Singer et al., 2007; Stone et al., 2010). It may be possible that mediating and moderating effects such as those explored herein are at the basis of the inconclusive evidence on the age-happiness relationship, so that depending on the psychosocial resources, *strivings* or *strengths* the elders hold (i.e., self-efficacy, optimism, social support and mental well-being), age might be a pitfall or a potential for optimal functioning, flourishing ageing and happiness.

PARTE V:

DISCUSIÓN

Capítulo 8:

Discusión General y Limitaciones

Capítulo 9:

Conclusiones y Perspectivas Futuras



CAPÍTULO 8:

Discusión General y Limitaciones

“La diferencia entre la alegría y la felicidad es que la alegría es un líquido y la felicidad un sólido”

Salinger

1. Discusión General

El objetivo general de esta Tesis Doctoral fue proponer un modelo teórico que tratara de explicar el bienestar subjetivo de los mayores de 65 años en adelante a partir de distintas variables psicosociales con el fin último de orientar intervenciones específicas para mantener o incrementar los niveles de felicidad en esta etapa de la vida. Para ello, se han llevado a cabo tres estudios diferentes, en los que se han identificado cuáles son los niveles de felicidad de este colectivo, los correlatos psicosociales fundamentales de dicho bienestar subjetivo, perfiles psicosociales multidimensionales intraindividuales y su asociación con la felicidad en adultos mayores, y relaciones causales entre cuatro de estos recursos psicosociales explorando tanto efectos directos como indirectos con variables mediadoras y moderadoras de la felicidad.

El **primer estudio** empírico presentado tenía como objetivo principal conocer el nivel de felicidad actual (en el momento del estudio) y general (felicidad pasada, en otros momentos anteriores de la vida) en adultos mayores españoles a partir de 65 años. Los resultados revelaron que los participantes eran moderadamente felices, con una puntuación de 6.6 en una escala de 0 a 10, pero también que eran ligera y significativamente menos felices que en momentos anteriores de su vida (7.7 sobre 10), en base a su información retrospectiva. Estos resultados reflejan que, aunque algunos hallazgos de la literatura establecen que existe cierta estabilidad en el nivel de felicidad a lo largo de la vida (e.g., Diener y Suh, 1998) o incluso un aumento de la felicidad con la edad (Blanchflower y Oswald, 2008; Singer et al., 2007; Stone et al., 2010), e incluso que los mayores son más felices que los más jóvenes (e.g., Lacey et al., 2006; Lachman et al., 2008), existe cierto declive a medida que avanza la edad, en apoyo a evidencias más recientes obtenidas tanto en estudios transversales como longitudinales (Baird et al., 2010; Leikes, 2008; Mroczek y Spiro, 2005; Schilling et al., 2013).

Por otro lado, otros objetivos del **estudio 1** fueron averiguar si las variables que definen el concepto de felicidad según Diener, el balance afectivo y la satisfacción vital, correlacionan de forma positiva con y son predictores significativos de la felicidad de

los mayores, así como comprobar el impacto de las variables psicosociales y sociodemográficas incluidas en el estudio sobre el nivel de felicidad actual de los participantes. Se demostró que la felicidad actual de los participantes correlacionó significativamente con diversas variables psicosociales y fue predicha por algunas de ellas. En concreto, todos los indicadores de salud física y mental y de calidad de vida, la salud percibida, la autoeficacia tanto general como social, el número de actividades de ocio realizadas y la frecuencia de las mismas, el apoyo social percibido (independientemente del número de familiares o amigos disponibles), y, particularmente, el afecto positivo, el balance afectivo y la satisfacción vital mostraron una asociación directa significativa con los niveles de felicidad actual. Por su parte, el nivel de estrés experimentado, el número de actividades de ocio no realizadas pero que les gustaría realizar y el afecto negativo se asociaron significativamente pero de manera inversa al estado de felicidad actual. Otros autores han encontrado las mismas asociaciones entre estas variables psicosociales y la felicidad en ancianos (e.g., Fakouri y Lyon, 2005; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Kunzmann et al., 2000; Schilling et al., 2013; Waldinger y Schulz, 2010; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000, en el caso de la salud; Brajsa-Zganec et al., 2010; Fernández Ballesteros et al., 2001; Lelkes, 2008; Menec, 2003; Pawlowski et al., 2011, en el caso del ocio; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Jones et al., 2003; Lelkes, 2008; Litwin y Stoeckel, 2013; Merz y Huxhold, 2010; Pinquart y Sörensen, 2000; Waldinger y Schulz, 2010; Winsor y Anstey, 2010, en el caso del apoyo social; Caprara y Steca, 2005; Cummings y Nistico, 2002; Kunzmann et al., 2002; Lachman, 2006; Lang y Heckhausen, 2001; Pinquart y Sörensen, 2000; Prenda y Lachman, 2001; Stretton et al., 2006; Winsor y Anstey, 2010, en el caso de la autoeficacia). Así pues, nuestros hallazgos confirman y completan la evidencia previa sobre los principales correlatos de la felicidad en la tercera edad.

No obstante, variables como optimismo, satisfacción general con las actividades de ocio y algunas variables relacionadas con el estrés y el afrontamiento no se mostraron como relacionadas con la felicidad actual de los participantes. La literatura señala que todas ellas son relevantes para la felicidad, como indicamos en el capítulo relativo a este estudio, pero la relación no confirmada más llamativa es la de optimismo. La no confirmación de la asociación para las demás puede deberse a

problemas con la medida de estas variables, pero en el caso del optimismo descartamos completamente esta hipótesis (incluso cuando la consistencia interna de la medida fue moderada, $\alpha = 0.7$), debido a que se utilizó un instrumento ampliamente usado en la literatura y avalado por sus características psicométricas.

De todas las variables psicosociales, el balance afectivo, la satisfacción vital, los indicadores de salud y de funcionamiento cotidiano, la ausencia de depresión y los niveles de felicidad pasada se mostraron predictores significativos de la felicidad actual. Aunque su impacto sea modesto, estas variables pueden llegar a explicar hasta un 34% de la felicidad de los adultos mayores, de forma que pequeños incrementos en ellas pueden generar importantes aumentos en su felicidad. Además, estos resultados confirman la propuesta teórica de que tanto el balance afectivo como la satisfacción vital son componentes importantes de la felicidad (Diener, 1984; Diener et al., 1999, 2009), pero añaden un papel relevante dentro de la felicidad al estado de salud física y mental, por lo menos en estas edades más avanzadas.

Por último, en el **estudio 1** encontramos que la ausencia de depresión, un buen funcionamiento cotidiano, un nivel bajo de estrés y, particularmente, la satisfacción con la familia se revelaron como predictores significativos de la satisfacción vital; mientras que en el caso del balance afectivo lo fueron el estado de salud general, el mantener el tiempo ocupado realizando actividades recreativas y el apoyo social percibido. Así, incrementar los recursos psicosociales para un balance afectivo positivo (i.e., estado de salud general, ocio recreativo y apoyo social general) y una elevada satisfacción con la vida (i.e., salud mental, capacidad funcional cotidiana y recursos sociales familiares) se traducirá, de forma esperable, en una mayor felicidad en los mayores.

Por el contrario, ninguna de las variables sociodemográficas resultó ser un predictor del estado de felicidad actual. Ni siquiera el hecho de estar institucionalizado o vivir de forma autónoma tiene un impacto significativo en la felicidad, datos opuestos a los encontrados por Donnenwerth y Peterson (1992) y Sterns et al. (2011), quienes encontraron que la condición de institucionalización podía afectar negativamente a la felicidad. Con respecto a las demás variables sociodemográficas,

nuestros hallazgos coinciden con lo publicado, que señala que estas constituyen uno de los predictores menos potentes de la felicidad y que, juntas, explicarían un escaso 10% de la varianza del bienestar subjetivo (Diener, 1984; Diener et al., 1995, 1999; Diener y Suh, 1998; Inglehart, 1990; Myers y Diener, 1995).

Nuestros hallazgos, en definitiva, están en la línea de otros que dicen que los principales correlatos de la felicidad son variables de tipo psicosocial. Lo interesante de conocer cuáles son las variables personales y psicosociales influyentes en la felicidad es que muchas son, al contrario que las variables sociodemográficas, modificables. Y si sabemos exactamente cuáles de estas variables son las que van a predecir niveles elevados de bienestar subjetivo podremos diseñar intervenciones destinadas a ayudar a los mayores a modificarlas para incrementar sus niveles de satisfacción vital, bienestar emocional, felicidad y calidad de vida.

En el **estudio 2**, el interés se centró en analizar si existen distintos perfiles psicosociales intraindividuales de envejecimiento en los que los correlatos de la felicidad muestren configuraciones particulares, así como su relación con el bienestar subjetivo de los participantes. Concretamente, utilizando procedimientos de clusterización, encontramos 3 perfiles psicosociales multidimensionales distintos en adultos mayores: El cluster 1 estaba compuesto por ancianos exitosos y se caracterizó por ser un grupo compuesto por adultos mayores sanos, que tienen mucha confianza en sus propios recursos y una vida diaria muy activa; el cluster 3, que englobó a la mitad de los participantes, estaba configurado por ancianos moderadamente exitosos, quienes mostraban puntuaciones promedio en la mayoría de las medidas, aunque expectativas poco positivas respecto al futuro; y, por último, el cluster 2 estaba compuesto principalmente por ancianos muy deteriorados, con niveles altos de mala salud y estrés, con un alto riesgo de futuros problemas de salud y depresión, y que tratan de compensar su estado negativo a través del apoyo social. Las diferencias entre los tres grupos en cuanto a sus niveles en estos recursos van de 1/2 hasta 2 desviaciones típicas, lo que señala la relevancia de considerar cada uno de dichos recursos de forma cuidadosa a la hora de establecer el patrón de envejecimiento de cada mayor. Estos tres perfiles coinciden con evidencias previas que señalan que

existen diferentes configuraciones de envejecimiento (Gerstorf et al., 2006; Smith y Baltes, 1997).

Además, encontramos una relación directa entre estos tres clusteres y el bienestar subjetivo junto a sus pilares principales, balance afectivo (afecto positivo y afecto negativo) y satisfacción vital. Una vez controladas otras posibles variables relevantes, los ancianos de gran éxito demostraron significativamente mayor felicidad, afecto positivo, balance afectivo y satisfacción vital. Este perfil asociado a niveles altos de felicidad confirma hallazgos de otros autores que señalan que los adultos mayores adaptados y felices muestran un envejecimiento exitoso (e.g., Gerstorf et al., 2006; Smith y Baltes, 1997). Por otro lado, los ancianos con éxito moderado mostraron niveles medios de bienestar subjetivo, pero demostraron también un afecto positivo pobre. Así pues, tener niveles promedio en la mayoría de las variables psicosociales se relaciona con un bienestar subjetivo también medio, lo que también coincide con algunas investigaciones previas (e.g., Gerstorf et al., 2006; Smith y Baltes, 1997). Por último, los ancianos muy deteriorados con pocos recursos psicosociales para ser felices demostraron de forma dramática un menor bienestar subjetivo. Este último perfil, lamentablemente existente, coincide con perfiles previos identificados por Smith y Baltes (1997).

Finalmente, en el **estudio 2**, se analizó la composición de cada cluster en términos de la condición de institucionalización. Encontramos que las configuraciones detectadas se relacionaron también con las condiciones de vida de los mayores. Los ancianos más felices eran más propensos a no estar institucionalizados. Sin embargo, hubo un menor número de adultos mayores infelices entre los que estaban institucionalizados. Esto puede deberse a que hay ancianos con problemas de salud, mal funcionamiento cotidiano y pocos recursos que viven en sus casas, mientras que los que están institucionalizados reciben cuidados y tienen cubiertas las necesidades básicas (Bishop, 2006; Sterns et al., 2011).

Este estudio aporta hallazgos novedosos e interesantes sobre la existencia de perfiles psicosociales multidimensionales y su relación con la felicidad en la adultez tardía. Hemos incluido diversos dominios de funcionamiento psicosocial y varios

indicadores de bienestar subjetivo que estudios anteriores no habían estudiado (e.g., Gerstorf et al., 2006; Smith y Baltes, 1997). Estos resultados nos han permitido comprender mejor la relación entre las dimensiones del bienestar subjetivo y los recursos psicosociales para la felicidad, los cuales, al asociarse unos con otros de forma particular, indican diferentes trayectorias de envejecimiento. Este estudio representa un intento de ir más allá de la mera descripción del envejecimiento; hemos intentado hacer una consideración multidimensional centrada en la persona, complementando así los hallazgos anteriores. En definitiva, nuestros hallazgos ayudan a incrementar el bienestar subjetivo y la calidad de vida de las personas de edad avanzada con intervenciones centradas en la mejora de los recursos psicosociales detectados como relevantes para cada perfil. Esto es particularmente importante para las personas mayores, porque la felicidad puede disminuir a esta edad y, con base a los resultados presentados en este documento, la felicidad se relaciona con los recursos psicosociales de manera diferente para cada adulto mayor en función de su configuración psicosocial específica.

Finalmente, en el **estudio 3** se examinaron posibles relaciones de causalidad entre determinados recursos psicosociales para la felicidad y el bienestar subjetivo de los mayores. Este estudio se basó en los resultados de los dos estudios previos y se centró en cuatro variables psicosociales que demostraron ser, y así está expresado también en la literatura al respecto, variables nucleares para el bienestar subjetivo. En concreto, quisimos conocer la influencia del optimismo sobre la felicidad, y si su impacto, que los estudios anteriores y la revisión de la literatura indicaban podría no ser tan sencillo como una relación directa, pese a algunos resultados en esta línea (e.g., Kostka y Jachimowicz, 2010), se encontraba a su vez mediado o moderado por otros recursos psicosociales. Siendo el optimismo, según la teoría, tan importante para un envejecimiento exitoso con expectativas positivas para el futuro, nos resultó sorprendente que nuestros resultados no lo hubieran confirmado ni como un correlato de la felicidad en la adultez tardía ni como una variable relevante en las configuraciones de envejecimiento detectadas.

Para ello, se hipotetizó un modelo de asociaciones entre variables y se comprobó mediante análisis de mediación y de mediación moderada su ajuste a los datos. En dicho modelo, se incluyeron, además de las expectativas optimistas, las creencias de autoeficacia, las percepciones de apoyo social y la salud mental para predecir la felicidad de los mayores, dado que estas variables habían sido claramente apoyadas por los resultados de nuestras y otras investigaciones como correlatos de la felicidad en la adultez tardía. Los análisis realizados demostraron que la influencia del optimismo sobre la felicidad no estaba mediada por otras variables (e.g., Ferguson y Goodwin, 2010), así como tampoco el optimismo actuaba de mediador entre una variable psicosocial y el bienestar subjetivo (e.g., Ferreira & Sherman, 2007). Por el contrario, señalan que puede ser una variable moderadora en dicha relación, al menos cuando estas variables son consideradas. Confirmando una relación compleja entre los recursos psicosociales, nuestros hallazgos revelaron que la autoeficacia predice la felicidad no de forma directa sino indirecta a través de la salud mental de los participantes, y que esta relación mediada a su vez se encuentra moderada por la percepción de apoyo social y las expectativas optimistas respecto al futuro.

En concreto, los resultados señalaron que, si una persona tiene alta autoeficacia, es más probable que su bienestar mental derivado de una óptima confianza en sus propios recursos se traduzca en una mayor felicidad, pero esto únicamente ocurre cuando el apoyo social y el optimismo se encuentran también en niveles moderados o altos, variables moderadoras de la asociación entre las creencias de eficacia personal y la salud mental y la salud mental y la felicidad, respectivamente.

Nuestros hallazgos son completamente novedosos en la literatura. A nuestro conocimiento sólo existe un estudio (i.e., Ferguson y Goodwin, 2010) que explora las posibles relaciones entre autoeficacia, apoyo social y optimismo y el bienestar subjetivo de los ancianos, pero dicho estudio presenta sus limitaciones en cuanto a las variables utilizadas (i.e., percepción de control en vez de autoeficacia, y satisfacción vital en vez de felicidad en general) y en cuanto a los análisis realizados (i.e., análisis de mediación). Probablemente por ello, nuestros resultados no confirman completamente los informados en dicho estudio.

Añaden, por otra parte, creemos, mucha información de utilidad para entender fenómenos complejos en relación con el envejecimiento y el bienestar, entre ellos la existencia de perfiles diferenciados de ancianos y funcionamiento en la ancianidad (Gerstorf et al., 2006; Maxson et al., 1997; Smith y Baltes, 1997) o la existencia de fenómenos paradójicos que asocian, inesperablemente, las pérdidas imputadas a la edad con un mayor bienestar (Diener et al., 1999; Kunzmann et al., 2000; Schilling, 2006), fenómenos que pueden a su vez explicar la controversia o falta de apoyo unánime que los hallazgos en relación con el bienestar de los mayores demuestran.

En consecuencia, además de promover la autoeficacia y el apoyo social para disfrutar de un mejor estado de salud psicológica y bienestar emocional, hacemos hincapié en la importancia de aumentar los recursos para tener unas expectativas optimistas acerca de uno mismo, la vida y el futuro, dado que todas estas variables vinculadas entre sí determinan cuán felices se van a sentir los ancianos, además de, con base en la literatura publicada, lo sanos que estarán y su longevidad. Nuestros hallazgos arrojan luz sobre la forma en que estas variables pueden actuar sobre la felicidad y permiten derivar propuestas de intervención directas para aumentar estas fuentes de la felicidad en los mayores.

Se ha estimado que la genética y las circunstancias de vida explican, aproximadamente, hasta un 50% y 10% respectivamente de la variabilidad en el bienestar subjetivo (Diener et al., 1999; Lyubomirsky et al., 2005; Roysamb et al., 2002; Stubbe et al., 2005), dejando un 40% a los factores modificables, como los recursos psicosociales. McCrae (2002) ha estimado que el 20-25% de la varianza en el bienestar psicológico es explicada por factores de personalidad, e indudablemente los rasgos y disposiciones de personalidad -como el optimismo-, junto con otros recursos cognitivo-motivacional-emocionales relacionados con aquellos pueden explicar un elevado porcentaje de la felicidad (DeNeve y Cooper, 1998; Diener et al., 2003). Finalmente, otro amplio porcentaje de la felicidad humana reside en las acciones y actividades voluntarias que realizamos en nuestra vida (Sheldon y Lyubomirsky, 2006a).

Nuestros hallazgos señalan que sería interesante incrementar, mediante intervenciones psicológicas directas, los recursos psicosociales de los mayores, particularmente, las creencias de autoeficacia, la red social, las interacciones sociales y el apoyo social percibido, el ocio recreativo, las expectativas optimistas respecto al futuro y, en la medida de lo posible, el estado de salud física y mental (ansiedad, depresión y estrés) y la capacidad de funcionamiento cotidiano. Estas variables constituyen fuentes de la felicidad empíricamente validadas y mejorarían el balance afectivo (afecto positivo vs. negativo) y la satisfacción con la vida de los mayores.

También podemos informarles sobre los distintos recursos comunitarios, asociaciones y colectivos de personas de su edad que existen, en los cuales se desarrollan múltiples actividades que fomentan muchas de estas variables, así como aumentar la adhesión a espacios sociales de asociación e integración que pueden suponer en sí mismos recursos para un buen vivir en la adultez tardía.

Para concluir, decir que la literatura señala que las relaciones entre el bienestar subjetivo y el bienestar general son bidireccionales (e.g., Fredrickson, 2001; Lyubomirsky et al., 2005). Las personas felices, con sus patrones cognitivo-emocional-motivacionales y sus cursos de acción, *construyen* nuevos recursos duraderos para ser felices, a nivel físico, psicológico y social. De esta forma, si trabajamos sobre todas estas variables las personas mayores se sentirán más felices y, en consecuencia, a su vez tendrán más amigos y mejores relaciones sociales, más probabilidades de tener apoyo familiar y social, de dedicar más tiempo a actividades divertidas, enriquecedoras y favorecedoras de un envejecimiento saludable, desarrollarán creencias más positivas sobre ellos mismos y la vida en general, tendrán menos estrés, dolor y discapacidad, y mejor salud mental y física y respuestas más protectoras a nivel cardiovascular, inmunológico y neuroendocrino, así como mejores hábitos conductuales, y mejor funcionamiento cotidiano y calidad de vida (Cohen, 2002; Diener et al., 1999; Folkman y Moskowitz, 2000; Furham y Cheng, 1999; Hayney et al., 2003; Kelsey et al., 2006; Kitsantas et al., 2003; Mahon y Yarcheski, 2002; Steptoe et al., 2005; Wardle y Shively, 2005). En definitiva, el bienestar subjetivo experimentado se asociará a un envejecimiento más saludable, activo y positivo.

Por otra parte, los mayores felices son más longevos y autónomos que los menos felices. De hecho, la felicidad puede incrementar la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable (Chica y Steptoe, 2008; Danner et al., 2001; Diener y Chan, 2011; Gerstorf et al., 2008; Howell et al., 2007; Koivumaa-Honkanen et al., 2000; Koopmans et al., 2010; Mroczek y Spiro, 2005; Pitkala et al., 2004). De esta manera, se puede concluir que la felicidad es un recurso en la vida (Godoy-Izquierdo et al., 2013).

Nuestros resultados tienen unas implicaciones prácticas derivadas directas en relación con el diseño de intervenciones destinadas a proteger e incrementar la felicidad de las personas durante la adultez tardía.

Dada la gran diversidad de variables que influyen en la felicidad y la calidad de vida de este colectivo, es fundamental que la intervención esté basada en un modelo de intervención psicosocial que permita una apropiada fundamentación, estructuración y definición de los planes y objetivos de atención e intervención, así como una lógica integral a cada una de las actividades propuestas.

Con base en ello, destacamos los siguientes aspectos:

1. Deben ser objetivos de este programa de intervención: Proteger e incrementar la salud, el bienestar, la calidad de vida, la felicidad y el envejecimiento activo y positivo de las personas a partir de 65 años; así como prevenir, retrasar o incluso revertir los procesos de deterioro y riesgo incrementado que acompañan en muchos casos al envejecimiento.

2. La intervención debe tener como objetivos específicos:

- Aumentar las emociones positivas y placenteras y la satisfacción con las distintas dimensiones de la vida, con especial atención a la promoción de la felicidad.
- Incrementar los recursos personales para aumentar la competencia personal y la confianza en uno mismo, particularmente las creencias de autoeficacia y las expectativas optimistas respecto al futuro.

- Incrementar las redes sociales, las interacciones y actividades sociales y promocionar el apoyo social de y hacia este colectivo.
- Fomentar las actividades de ocio recreativo y terapéutico, haciéndolas parte de la vida cotidiana e integrando en ellas el desarrollo de cualidades como la creatividad.
- Proteger y fomentar la salud mental, dotando de estrategias psicológicas específicas para los adultos mayores, entre ellas, particularmente, control emocional, manejo del estrés, automotivación y autorregulación conductual.
- Enseñar habilidades complejas para la vida cotidiana, entre ellas estrategias de resolución de problemas y conflictos, gestión del tiempo, etc.
- Instaurar hábitos conductuales saludables: Alimentación sana y ejercicio saludable.
- Fomentar el desarrollo personal y la inclusión social de este colectivo.

3. En la primera parte de la intervención, sería aconsejable incluir un componente básico de psicoeducación, para explicarles, entre otras cuestiones, las distintas fases del ciclo vital que les queda por pasar (la 3ª edad y la 4ª edad), así como las distintas situaciones vitales en las que pueden encontrarse, por ejemplo la jubilación, y los principales cambios esperables conforme aumenta la edad, de una forma realista y positiva a la vez. Ello permitirá presentar el programa completo, sus objetivos, las áreas que pretende cubrir así como los beneficios esperados derivados de la intervención.

4. Es aconsejable intervenir al menos sobre 4 áreas temáticas generales, las cuales están subdivididas según corresponda para cada una de las variables influyentes en el bienestar subjetivo de los adultos mayores (ver Tabla 8.1).

Todo ello contribuirá a que la idea negativa general que supone en la actualidad el envejecimiento se cambie por la idea firme de que se puede envejecer de forma

positiva, dando lugar a un envejecimiento activo, saludable, enriquecedor y exitoso a la vez que feliz. Además, también ayudará a reducir el gasto sanitario asociado a procesos de envejecimiento menos saludables y positivos. Pero, sobre todo, apoyará la promoción de la salud y el bienestar subjetivo en esta etapa de nuestras vidas, por la que, tarde o temprano, pasaremos todos (esperablemente), dando lugar a adultos mayores más sanos, seguros de sí mismos y sus capacidades, con amplios y variados recursos para una vida plena, y en definitiva, más felices y positivos.

Tabla 8.1. Áreas de intervención de felicidad en adultos mayores.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN		
SALUD Y CALIDAD DE VIDA	Salud Mental	Emociones Negativas: Ansiedad, Depresión y Estrés Funciones Cognitivas
	Salud Física	Hábitos de Alimentación Saludable Realización de Ejercicio Físico
OCIO Y TIEMPO LIBRE CREATIVO	Ocio Recreativo	Actividades de ocio con el objetivo de generar diversión y placer: Cineforum, teatro, conciertos,...
	Ocio Terapéutico	Actividades que, además de diversión, proporcionan al adulto beneficios para su salud mental y física: Bailes de salón, rutas por la ciudad,...
RELACIONES SOCIALES	Relaciones Interpersonales y Apoyo Social	Entrenamiento en habilidades sociales Enriquecimiento de las redes sociales Incremento de las actividades sociales Incremento del apoyo social dado y recibido, emocional e instrumental
RECURSOS PERSONALES	Emociones positivas	Las emociones positivas: Qué son y cómo aumentarlas Estrategias para identificar, expresar y compartir emociones positivas
	Optimismo	El poder del pensamiento optimista Estrategias para incrementar las expectativas positivas respecto a uno mismo, la vida y el futuro
	Autoeficacia	Capacidades vs. limitaciones: Los recursos personales La importancia de la confianza en uno mismo Estrategias para incrementar las creencias de eficacia personal

2. Limitaciones y Perspectivas Futuras

Los estudios de esta Tesis Doctoral presentan algunas limitaciones que merecen ser comentadas y convenientemente resueltas en el futuro.

La principal limitación ha sido el reducido tamaño de la muestra, siendo necesario confirmar los resultados encontrados con muestras de mayor tamaño. Otra limitación de nuestra investigación, derivada de la anterior, ha sido la posible falta de heterogeneidad y representatividad de la muestra, ya que nuestros participantes fueron personas voluntarias pertenecientes a la provincia de Granada, caracterizadas fundamentalmente por un nivel educativo y socioeconómico bajo y un estado de salud no óptimo pero en general bueno. Por otra parte, existe una menor representación de las personas institucionalizadas con respecto a las no institucionalizadas. Además, no hemos tenido en cuenta si la institucionalización era deseada o no o las razones de la misma, así como el régimen y la duración de la institucionalización. No obstante, comparada con informes nacionales, la muestra utilizada en nuestra investigación coincide con el perfil general de los mayores españoles y del Sur del país en concreto, y por ello se puede entender que los resultados son en gran medida generalizables.

En segundo lugar, las medidas utilizadas en esta investigación son todas autoinformes, y algunos de tipo retrospectivo, y aunque se considera que este tipo de medidas son adecuadas para conocer variables subjetivas, sería deseable confirmar y completar la información así recogida con la ofrecida por otro tipo de medidas, como el informe de personas cercanas a las personas evaluadas, informes clínicos, observación conductual o estrategias de muestreo temporal, por ejemplo. Por otra parte, debido a la ausencia de medidas estandarizadas que se adecuaran a la población y objetivos del estudio, hemos construido o modificado algunas medidas sin realizar los estudios psicométricos y de validación pertinentes en algunos casos. Por ello, en futuras investigaciones sería necesario validar las medidas modificadas o creadas, o emplear medidas ya estandarizadas.

En tercer lugar, en nuestra investigación sólo han sido incluidas algunas variables psicosociales, mientras muchos otros correlatos de la felicidad indicados en la

literatura han sido ignorados. La investigación futura debe abordar también estos otros recursos para el bienestar subjetivo, incluyendo estilos cognitivos, motivacionales y conductuales, rasgos de personalidad, estilos de vida o estado objetivo de salud.

En cuarto lugar, aunque en nuestros estudios hemos tenido en cuenta el posible impacto de las variables sociodemográficas, la literatura señala que, aunque limitada, su influencia debe ser tomada en cuenta, y futuros análisis deben ser más rigurosos a la hora de conocer o controlar la influencia de estas condiciones, particularmente de la variable sexo. Aunque la mortalidad es mayor entre los hombres a cualquier edad, las mujeres tienen menor calidad de vida en general a lo largo de la vida: Padecen más enfermedades no amenazantes para la vida, más síntomas, más quejas y más limitaciones funcionales en la vida cotidiana (Christensen et al., 2006). Un fenómeno ampliamente establecido es que tienen mayor riesgo e incidencia y prevalencia de trastornos emocionales como ansiedad, estrés, depresión y trastorno de estrés posttraumático (e.g., Angst et al., 2002; Kornstein et al., 2000; Kuehner, 2003; Leach et al., 2008; Matud, 2004b; McLean y Anderson, 2009; McLean et al., 2011; Olff et al., 2007; Tolin y Foa, 2006; van de Velde et al., 2010), mayores problemas psicopatológicos asociados a algunos de sus roles, como el cuidado de otras personas o el conflicto trabajo-familia (e.g., McElwain et al., 2005; Pinguart y Sörensen, 2006), y de otros como insomnio (e.g., Taylor et al., 2005; Zhang y Wing, 2006). Por todo ello, las mujeres tienen más probabilidad de ser agrupadas en clusters con peores características y resultados en términos de trayectorias de envejecimiento (e.g., Borglin et al., 2006; Smith y Baltes, 1997), aunque otros han señalado lo contrario (e.g., Depp y Jeste, 2006). Es posible que la edad interactúe con la variable sexo, o incluso que todo dependa del tipo de indicadores considerados. Así, Pruchno et al. (2006) y Montross et al. (2006) no encontraron diferencias para indicadores subjetivos pero sí para objetivos, y Bowling e Iliffe (2006) indicaron que los hombres pueden mostrar mejores resultados cuando se consideran indicadores de tipo biológico, pero no cuando se utilizan indicadores psicosociales. Por otra parte, existen evidencias de que las mujeres muestran generalmente un nivel levemente inferior de bienestar subjetivo en comparación con los hombres a cualquier edad y en particular en la adultez tardía,

e incluso que estos niveles han menguado más entre ellas que entre ellos en las últimas décadas (e.g., Blanchflower y Oswald, 2004; Godoy-Izquierdo et al., 2009; Graham et al., 2004; Greenfield y Marks, 2004; Inglehart, 2002; Roysamb et al., 2002; Stevenson y Wolfers, 2009; Subramanian et al., 2005; Tesch-Römer et al., 2008; Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Aunque estas diferencias son pequeñas y explican un porcentaje relativamente bajo de la variabilidad (Diener et al., 1999), existen. En cualquier caso, los diferentes correlatos del bienestar subjetivo podrían además tener una influencia diferente en unos y otras (Berg et al., 2006; Godoy-Izquierdo et al., 2008).

Por la misma razón, se deben explorar posibles influencias culturales. La literatura señala que existen diferencias culturales importantes para todas las variables incluidas en nuestra investigación, de forma que, para garantizar la generalizabilidad de nuestros hallazgos más allá de nuestras fronteras, deben realizarse investigaciones en otros países y culturas y con ciudadanos de distintas razas/etnias.

Finalmente, el diseño transversal de esta investigación no permite establecer vías causales direccionales, incluso cuando algunas estrategias de análisis estadístico permiten explorar relaciones teóricas de causalidad. Además, los diseños transversales no permiten distinguir, en este colectivo, posibles efectos de la edad vs. efectos de cohorte o mortalidad selectiva (Hofer y Sliwinski, 2001). Un diseño longitudinal prospectivo correlacional o un diseño experimental con una intervención dirigida a aumentar los recursos psicosociales y el bienestar subjetivo examinaría posibles cambios en las variables y sus relaciones a lo largo del tiempo, o entre los grupos del estudio que reciben dicha intervención frente a los que no la reciben y en comparación con los niveles de partida.

La investigación futura debe, además de corregir las deficiencias comentadas, diseñar e implementar intervenciones como la propuesta destinadas al incremento de recursos, habilidades y competencias para la protección y promoción de la salud, el bienestar, la calidad de vida y la felicidad de las personas mayores, así como explorar su eficacia, siendo necesario seguir investigando, con los instrumentos adecuados, los múltiples beneficios derivados de la aplicación de un programa de intervención

específico para los distintos perfiles psicosociales existentes en la adultez tardía, teniendo en cuenta todas las dimensiones psicosociales relevantes. Para ello, es necesario desarrollar y usar instrumentos de evaluación específicos que sean sensibles a las experiencias y cambios de la población diana, de forma que la información ofrecida por ellos sea útil, rica y ajustada a la realidad de, en este caso, los efectos derivados de una intervención de promoción de la felicidad.

Adicionalmente, es necesario seguir investigando los principales determinantes de la felicidad y de sus pilares fundamentales, el balance afectivo y la satisfacción vital, de forma específica en adultos mayores. Asimismo, es necesario seguir profundizando en los mecanismos, multifactoriales y multidimensionales, sobre los que se sustentan sus efectos positivos. Iniciar un cambio de conducta hacia un envejecimiento más positivo, exitoso y feliz es difícil y complejo. Sólo conociendo los correlatos de bienestar subjetivo, sus relaciones y efectos y los perfiles de este colectivo, podemos diseñar protocolos de actuación que ayuden a estas personas a iniciar y mantener el cambio de conducta que va a producir un mantenimiento o incremento de su bienestar subjetivo.

A pesar de las limitaciones de nuestra investigación, nuestros resultados son interesantes y novedosos, algunos de ellos pioneros, y resaltan la importancia y conveniencia de evaluar y estudiar la felicidad en sus dimensiones actual y pasada, así como de establecer sus componentes fundamentales y las variables psicosociales que pueden influir en estos, tanto a nivel univariante como multivariante, y las configuraciones particulares de asociación entre ellas y su impacto específico sobre la felicidad. Todo ello, con el objetivo de incrementar el conocimiento científico sobre la felicidad para posteriormente diseñar, implementar y evaluar intervenciones destinadas al incremento del bienestar subjetivo en la adultez tardía, puesto que nuestros hallazgos y otros señalan que este colectivo se siente un poco menos feliz que otros grupos de edad o que en momentos previos de la vida.

CAPÍTULO 9:

Conclusiones

*“El camino de la felicidad pasa necesariamente
por el mundo de la acción”*

Dag Hammarskjöld

En esta Tesis Doctoral se ha demostrado la gran importancia de los hallazgos obtenidos relativos al mejor conocimiento y explicación de la felicidad en los mayores. Esto tiene una gran trascendencia para actuaciones psicológicas en esta fase de la vida, tanto a nivel cualitativo, para la mejora del bienestar en estas edades, como a nivel cuantitativo, por el alto número de posibles destinatarios de las mismas dado el envejecimiento de la población.

Teniendo en cuenta los principales resultados de los tres estudios empíricos incluidos en esta Tesis Doctoral, podemos destacar las siguientes conclusiones:

- Los niveles de felicidad actual de los mayores son moderadamente altos pero son más bajos comparados con los de etapas anteriores de la vida.

- Las variables sociodemográficas, incluyendo institucionalización, no predicen el bienestar subjetivo en la adultez tardía, el cual, por el contrario, sí es predicho por variables de tipo psicosocial, que son modificables mediante intervenciones de naturaleza psicológica. Entre estos correlatos, hemos confirmado la relevancia de las creencias de autoeficacia personal, los recursos sociales y el apoyo social, las actividades de ocio y tiempo libre, la ausencia de estrés y el estado percibido de salud y funcionamiento cotidiano.

- Existen perfiles psicosociales específicos en el adulto mayor que reflejan trayectorias de envejecimiento diferenciadas y que tienen una asociación directa con distintos niveles de felicidad, balance afectivo y satisfacción vital.

- Así, los ancianos felices son aquellos con buena salud y funcionamiento cotidiano, muchos recursos psicosociales para el bienestar y pocos acontecimientos estresantes negativos. Por el contrario, los ancianos poco felices son aquellos que tienen problemas de salud, intenso malestar emocional, alto riesgo de problemas futuros, pero que están rodeados de amigos y familiares que los apoyan como estrategia compensatoria. Finalmente, niveles promedios en las variables psicosociales estudiadas se asocian a un perfil intermedio en términos de recursos psicosociales para un envejecimiento positivo y feliz.

- La autoeficacia se revela como una potente fuente para la felicidad en las personas mayores cuando se considera el estado de salud mental y su influencia sobre la felicidad, pero los efectos de esta relación están a su vez moderados por el apoyo social y el optimismo del anciano. Todos ellos son recursos psicosociales bien documentados para el bienestar, pero ahora conocemos un poco mejor cómo se asocian estos cuatro en concreto.

- El optimismo es también una variable relevante para la felicidad en la adultez tardía, y de hecho es el moderador último de los efectos conjuntos de la autoeficacia, el bienestar psicológico y los recursos psicosociales, lo que señala su papel nuclear para el bienestar subjetivo.

- Las principales variables psicosociales que se deberían trabajar en esta etapa de la vida con el fin de promocionar un envejecimiento exitoso y feliz son la autoeficacia, el apoyo social, el optimismo y la salud mental, ya que median o moderan el bienestar subjetivo en la adultez tardía, sin olvidar la salud física y el funcionamiento cotidiano, las actividades de ocio y tiempo libre y la capacidad de manejar adecuadamente las situaciones demandantes y estresantes de la vida cotidiana.

- Saber qué variables psicosociales predicen la felicidad, el balance afectivo y la satisfacción vital de los mayores, conocer cómo se relacionan dichos recursos y diferenciar distintos perfiles psicosociales y de felicidad centrados en la persona puede ayudar en el diseño de intervenciones adaptadas e individualizadas destinadas a mejorar la felicidad en la vejez, basadas en la amplia variabilidad interindividual existente en relación a los procesos de envejecimiento y proporcionando a su vez una rica representación de las diferencias individuales en los mismos centrada en el *florecimiento* o enriquecimiento personal.

PARTE VI:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Referencias

- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A., DeMolles, D. A. y Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: The normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 127-130.
- Affleck, G., Tennen, H. y Apter, A. (2001). Optimism, pessimism, and daily life with chronic illness. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism y pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 147-168). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Ahern, J. C. M., Hawks, J. D. y Lee, S. H. (2005). Neandertal taxonomy reconsidered... again: A response to Harvati et al. (2004). *Journal of Human Evolution*, 48, 647-652.
- Aldwin, C. M., Park, C. L. y Spiro, A. (2007). *Handbook of health psychology and aging*. Nueva York: The Guildford Press.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the life orientation test. *Personality and Individual Differences*, 21, 719-725.
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's Perceptions of life quality*. New York. Plenum Press.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J. y Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- Antonelli, E., Rubini, V. y Fassona, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20, 151-164.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 353-373). Nueva York: Russell Sage.
- Arthaud-Day, M. L. (2005). Transnational corporate social responsibility: A tri-dimensional approach to international CSR Research. *Business Ethics Quarterly* 15, 1-22.
- Atchley, R. C. (1975). Adjustment to loss of job at retirement. *International Journal of Aging and Human Development*, 6, 17-27.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1999). Optimismo inteligente. *Psicothema*, 11, 449-450.
- Baird, B. M., Lucas, R. E. y Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183-203.

- Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas.
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The processes of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, M. M. y Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433-434.
- Baltes, M. M., Wahl, H. W. y Schmid-Furstoss, U. (1990). The daily life of elderly Germans: Activity patterns, personal control, and functional health. *Journal of Gerontology*, 45, 173-179.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful ageing. Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Cambridge: England Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in development psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Baltes, P. B. y Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Reese, H. y Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. Introduction to research methods. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P. B. y Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. En V. L. Bengton y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 153-173). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Baltes, P. B. y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P. B. y Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Program (ADEPT). En F. I. M. Craik y S. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). Nueva York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989a). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Bandura, A. (1989b). A social cognitive theory of action. En J. P. Forgas y M. J. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 127-138). Holanda: Elsevier.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology*, 54, 245-254.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M. y Gans, D. (2009). *Handbook of theories of aging*. Nueva York: Springer.
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H. y Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, 107-116.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E. y Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging and Mental Health*, 10, 257-264.
- Bernheim, J. L., Theuns, P. y Mazaheri, M. (2006). The potential of anamnestic comparative self-assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 227-250.
- Birren, J. E. y Bengtson, V. L. (1998). *Emergent theories of aging*. Nueva York: Springer Publishing Co.
- Birren, J. E. y Schroots, J. J. F. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). San Diego, CA: Academic Press.
- Bishop, A. J. (2006). Age and gender differences in adaptation and subjective well-being of older adults residing in monastic religious communities. *Pastoral Psychological*, 55, 131-143.
- Blanchflower, D. G. y Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88, 1359-1386.
- Blanchflower, D. G. y Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66, 1733-1749.
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S. y Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25, 1263-1272.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119-139.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A. K. y Hallberg, I. R. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: Their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health & Social Care in the Community*, *14*, 136-146.
- Bostock, L., Alia, I. S. y Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *16*, 281-296.
- Bowling, A. y Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal*, *331*, 1548-1551.
- Bradburn, N.M. (1969). *La estructura de bienestar psicológico*. Chicago: Aldine.
- Brajsa-Zganec, A., Merkas, M. y Sverko, I. (2010). Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being? *Social Indicators Research*, *102*, 81-91.
- Brickman, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 917-927.
- Brisette, I., Scheier, M. F. y Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 102-111.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Martoux, A. y Marmot, M. G. (2008). Successful aging: The contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*, 1198-1105.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryant, L. L., Corbett, K. K. y Kutner, J. S. (2001). Their own words: A model of healthy aging. *Social Science & Medicine*, *53*, 927-941.
- Burleson, B. R. (2003). The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Personal Relationships*, *10*, 1-23.
- Busseri, M. A., Sadava, S., Molnar, D. y DeCourville, N. (2009). A person-centered approach to subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, *10*, 161-181.
- Butt, D. S. y Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology & Aging*, *2*, 87-94.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L. y Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection: The Chicago health, aging, and social relations study. En M. Eid y R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 195-219). Nueva York: Guilford Press.

- Calinski, T. y Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics* 3, 1-27.
- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 169-178.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, L. (1976). *The quality of American life*. Nueva York: Russell Sage.
- Caprara, G.V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10, 275-286.
- Caprara, G.V., Steca, P., Gerbino, M., Paciello, M. y Vecchio, G. M. (2006). Looking for adolescents' well-being: Self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1, 30-43.
- Cardenal, V. y Fierro, F. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptacion social. *Psicothema*, 13, 118-126.
- Carmona, S. E. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 7, 48-65.
- Carriere, Y. y Pelletier, L. (1995). Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 3, 164-172.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L.L., Fung, H. y Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-654.
- Carver, C., Pozo-Kaderman, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D. y Clark, K. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, Jr., Frederick, L. y Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S. y Scheier, M.F. (2005). Optimism. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). Nueva York: Oxford University Press.
- Carver, C., Scheier, M., Miller, C. y Fulford, D. (2009). Optimism. En C. Snyder y S. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 303-311). Nueva York: Oxford University Press.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Carver, C. S., Smith, R. S., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S. y Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology, 24*, 508-516.
- Chang, E. C. (1998a). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being?: A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences, 25*, 233-240.
- Chang, E. C. (1998b). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109-1120.
- Chang, E. C., Randb, K. L. y Strunkb, D. R. (2000). Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences, 29*, 255-263.
- Chang, E. C., Sannab, L. J. y Yang, K. M. (2003). Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: A test of a mediation model. *Personality and Individual Differences, 34*, 1195-1208.
- Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Magnolie, M., Suttorp, M. J., Roth, E. A. y Shekelle, P. G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal, 20*, 328-680.
- Charles, S. T., Reynolds, C. y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136-151.
- Chen, C. (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research, 54*, 57-79.
- Chica, Y. M. D. y Steptoe, A. D. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine, 70*, 741-756.
- Chirkov, V., Ryan, M.R., Kim, Y. y Kaplan, U. (2003). Differentiating autonomy from individualism and independence: A self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 97-110.
- Chou, C. H., Hwang, C. L. y Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*, 237-244.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M y Poonn, L. W. (2011). The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research, Article ID 605041*, 1-8.

- Christensen, M. D., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*, *374*, 1196-1208.
- Chyi, H. y Mao, S. (2012). The determinants of happiness of China's elderly population. *Journal of Happiness Studies*, *13*, 167-185.
- Clark, A. E., Georgellis, Y., Lucas, R. E. y Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, *15*, 8-13.
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J. y Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, *10*, 329-358.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: An integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, *5*, 71-76.
- Coats, A. H. y Blanchard-Fields, F. (2008). Emotion regulation in interpersonal problems: The role of cognitive-emotional complexity, emotion regulation goals, and expressivity. *Psychology and Aging*, *23*, 39-51.
- Cohen, A. (2002). The importance of spirituality in well-being for Jews and Christians. *Journal of Happiness Studies*, *3*, 287-310.
- Coleman, P. y O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development: Theories and research*. Londres, UK: Hodder Arnold.
- Comfort, A. (1956). *The biology of senescence*. Londres, UK: Routledge and Paul.
- Comfort, A. (1977). *Una buena edad: La tercera edad*. Madrid: Debate.
- Cooper, H., Okamura, L. y McNeil, P. (1996). Situation and personality correlates of psychological well-being social activity and personal control. *Journal of Research in Personality*, *29*, 395-417.
- Cornwell, B., Laumann, E. O. y Schumm, L. P. (2008). The social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, *73*, 185-203.
- Cott, C. A. y Fox, M. (2001). Health and happiness for elderly institutionalized Canadians. *Canadian Journal on Aging*, *20*, 517-535.
- Cowgill, D. O. y Holmes, L. D. (1974). *Ageing and modernization*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Cristofalo, V. J. (1990). Overview of biological mechanism of aging. En V. J. Cristofalo y M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Special focus on the biology of aging* (pp. 1-22). Nueva York: Springer.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. y Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality-the forgotten factor. *The Gerontologist*, *42*, 613-620.
- Cummins, R. A., Gullone, E. y Lau, A. L. D. (2002). A model of subjective well-being homeostasis: The role of personality. *The Universality of Subjective Well-being Indicators. Social Indicators Research Series*, *16*, 7-46.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.

- Cummins, R. A. y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive biases. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. y Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813.
- Day, L. y Maltby, J. (2003). Belief in good luck and psychological well-being: The mediating role of optimism and irrational beliefs. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 137, 99-110.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. y Huttly, S. R. A. (2005). Social capital and mental illness: A systematic review. *Journal Epidemiological Community Health*, 59, 619-627.
- Dember, N. W y Brooks, J. (1989). A new instrument for measuring optimism and pessimism: Test-retest reliability and relations with happiness and religious commitment. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 27, 365-366.
- DeNeve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Depp, C. A. y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 397-404.
- Diener, E. y Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. (C. 8: The happiest places on earth: culture and well-being, pp. 127-144). Malden, MA: Blackwell.
- Diener, E. y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Lucas, R. E. y Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the Adaptation Theory of Well-Being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., Lucas, R. E. y Scollon, C. N. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Assessing Well-Being. Social Indicators Research Series*, 39, 67-100.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E. y Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406.

- Diener, E. y Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17*, 304-324.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*, 143-156.
- Donnenwerth, G. V. y Peterson, L. R. (1992). Institutionalization and well-being among the elderly. *Sociological Inquiry, 62*, 437-449.
- Drageset, J., Eide, G. E., Nygaard, H. A., Bondevik, M., Nortvedt, M. W. y Natvig, G. K. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents: A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 66-76.
- Drewnowski, A. y Evans W. (2001). Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: Summary. *The Journals of Gerontology. Series A, Medical Science, 56*, 89-94.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. y Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 629-651.
- Egan, M., Tannahill, C., Petticrew, M. y Thomas, S. (2008). Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health, 8*, 239.
- Ehrhardt, J. J., Saris, W. E. y Veenhoven, R. (2000). Stability of life-satisfaction over time: Analysis of change in ranks in a national population. *Journal of Happiness Studies, 1*, 177-205.
- Ehrlich, B. S. y Isaacowitz, D. M. (2002). Does subjective well-being increase with age? *Perspectives in Psychology, 5*, 20-26.
- Eid, M. y Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research, 65*, 245-277.
- Ek, E., Koironen, M., Raatikka, V., Järvelin, M. y Taanila, A. (2008). Psychosocial factors as mediators between migration and subjective well-being among young Finnish adults. *Social Science and Medicine, 66*, 1545-1556.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M. y Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 1274-1284.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 80-99.
- Erez, A., Johnson, D. E. y Judge, T. A. (1995). Self-deception as a mediator of the relationship between dispositions and subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 19*, 597-612.
- Erikson, E. H. (1950). *The life cycle completed: A review*. Nueva York: Norton.

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). The life cycle completed: A review. Nueva York: Norton.
- Escolano, A., Ayuso, M., Guillen, M., Monteverde, M. y Pociello, E. (2005). Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 351-363.
- Fakouri, C. y Lyon, B. (2005). Perceived health and life satisfaction among older adults: The effects of worry and personal variables. *Journal Gerontological Nurses*, 10, 17-24.
- Farrell, K., Wick, M. N. y Martin, J. C. (2004). Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 13, 289-308.
- Ferguson, F. J. y Goodwin, A. D. (2010). Optimism and well-being in older adults: The mediating role of social support and perceived control. *Journal Aging and Human Development*, 71, 43-68.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging. The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). Lay concept of aging well according to age: A reanalysis. *Journal American Geriatric Society*, 60, 2172-2173.
- Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efkliides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, J., Mendoza-Nuñez, V., Mendoza-Rubalcava, N., Orosa, T., Paul, C. y Patricia, S. (2008). Lay concept of aging well: Cross-Cultural comparisons. *Journal American Geriatric Society*, 56, 950-952.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López-Bravo, D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. y Ruiz, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Aging and Society*, 21, 25-43.
- Fernández-Mayorales, G., Rojo, F., Abellán, A. y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 43-46.
- Ferrando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Ferreira, V. M. y Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11, 89-98.

- Fessmann, N. y Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 137-141.
- Fingerman, K. L., Miller, L. y Charles, S. T. (2008). Saving the best for last: How adults treat social partners of different ages. *Psychology and Aging*, 23, 399-409.
- Fisher, B. J. (2002). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239-250.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 511-521.
- Forgeard, M. J. y Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, 18, 107-120.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Friedman, E. M., Hayney, M., Love, G. D., Singer, B. y Ryff, C. D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26, 305-313.
- Frijters, P., Haisken-DeNew, J. y Shields, M. A. (2005). Socio-economic status, health shocks, life satisfaction and mortality: Evidence from an increasing mixed proportional hazard model. *Bonn, IZADiscussion Paper No. 1488*.
- García, B. (2007). Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez. *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, 9, 273-308.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M. y Meyer, P. S. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 849-886.
- Garofalo, J. P. (2000). Perceived optimism and chronic pain. En R. J. Gatchel y J. N. Weisberg (Eds.), *Personality characteristics of patients with pain* (pp. 203-217). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A. y Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the US: A meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7, 13.
- Geers, A. L., Reilley, S. P. y Dember, W. N. (1998). Optimism, pessimism, and friendship. *Current Psychology*, 17, 3-19.

- Geers, A. L., Wellman, J. A., Helfer, S. G., Fowler, S. L. y France, C. R. (2008). Dispositional optimism and thoughts of well-being determine sensitivity to an experimental pain task. *Annals of Behavioral Medicine*, 36, 304-313.
- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 331-339.
- George, L. K., Okun, M. A. y Landerman, R. (1985). Age as a moderator of the determinants of life satisfaction. *Research on Aging*, 7, 209-233.
- Gerstorf, D., Smith, J. y Baltes, P.B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 21, 645-663.
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G. y 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, 477-485.
- Gillham, J. E. y Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Hoekstra, T. y Schouten, E. G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126-1135.
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G. y Kromhout, D. (2006b). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen elderly study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436.
- Giltay, E. J., Zitman, F. G. y Kromhout, D. (2006a). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91, 45-52.
- Glatt, S. J., Chayavichitsilp, P., Depp, C., Schork, N. J. y Jeste, D. V. (2007). Successful aging: From phenotype to genotype. *Biological Psychiatry*, 62, 282-293.
- Glenn, N. (2009). Is the apparent U-shape of well-being over the life course a result of inappropriate use of control variables? A commentary on Blanchflower and Oswald. *Social Science & Medicine*, 69, 481-485.
- Godoy, J. F. (1986). *Escala de Autoeficacia General*. Versión no publicada. España: Universidad de Granada.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, M.L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20, 155-165.
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M. B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud

- General de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*, 14, 49-71.
- Godoy-Izquierdo, D., Lara, R., Vázquez, M. L., Araque, F. y Godoy, J. F. (2013). Correlates of happiness among older Spanish institutionalised and non-institutionalised adults. *Journal of Happiness Studies*, 14, 389-414.
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A. y Godoy, J. F. (2008). La Escala de Balance Afectivo: Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud*, 19, 157-189.
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A. y Godoy, J. F. (2009). Balance afectivo en hombres y mujeres: Implicaciones de la edad y el sexo. *Psicología Conductual*, 17, 299-320.
- Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L. y Lara, R. (2010). *Escala de Eventos Mayores Vitales Revisada*. Versión no publicada. España: Universidad de Granada.
- Goldberg, D. P. (1981). *Manual of the General Health Questionnaire (GHQ-28)*. Toronto: NFER Nelson Publishing (Versión española por Masson, 1996).
- Goldstein, S. y Reichel, W. (1981). Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento. En W. Reichel (Ed.), *Aspectos clínicos del envejecimiento* (pp. 391-394). Buenos Aires: Ateneo.
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 311-325.
- González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Gonzalo, E. y Pasarín, M. I. (2004). Salud en las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18, 69-80.
- Gow, A. J., Whiteman, M. C., Pattie, A. y Deary, I. J. (2005) Being smart doesn't guarantee happiness: The relationship between satisfaction with life in old age and lifetime intellectual function. *British Medical Journal*, 331, 141-142.
- Graham, C., Eggers, A. y Sukhtankar, S. (2004). Does happiness pay? An exploration based on panel data from Russia. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 55, 319-342.
- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Chou, J. R. A. y Hong, J. (2004). The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or down syndrome on maternal well-being: The mediating role of optimism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 14-25.
- Greenfield, E. A. y Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 258-264.
- Gubrium, J. F. (1973). *The myth of the golden years: A social-environmental theory of aging*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers.

- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, *97*, 397-417.
- Hagerty, M. R. (2003). Was life better in the good old days? Intertemporal judgments of life satisfaction, *Journal of Happiness Studies*, *4*, 115-139.
- Hamarat, E., Thompson, D., Aysan, F., Steele, D., Matheny, K. y Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *The Journal of Genetic Psychology; Child Behavior, Animal Behavior, and Comparative Psychology*, *163*, 360-367.
- Harman, D. (1956) Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal Gerontology*, *11*, 298-300.
- Harris, J. R., Pedersen, N. L., Stacey, C. y McClearn, G. E. (1992). Age differences in the etiology of the relationship between life satisfaction and self-rated health. *Journal of Aging and Health*, *4*, 349-368.
- Havighurst, R. J. (1953). *Older People*. Nueva York: Longmans, Green.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, *1*, 8-13.
- Havighurst, R. J. (1963). *Successful aging*. En R. H. Williams, C. Tibbitts y W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299-332). Nueva York: Atherton Press.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, *76*, 408-420.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Recuperado de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis a regression-based approach*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, A. F. y Preacher, K. J. (2010). Quantifying and testing indirect effects in simple mediation models when the constituent paths are nonlinear. *Multivariate Behavioral Research*, *45*, 627-660.
- Headey, B. W. y Wearing, A. J. (1989). Personality, life events and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 731-770.
- Heisel, M. y Duberstein, P. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*, 242-259.
- Henricksen, A. y Stephen, C. (2013). The Happiness-Enhancing Activities and Positive Practices Inventory (HAPPI): Development and validation. *Journal of Happiness Studies*, *14*, 81-98.
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R. y Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, *13*, 179-185.
- Hicks, J., Epperly, L., y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, *45*, 15-30.

- Hickson, J., Housley, W. F. y Boyle, C. (1988). The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 191-199.
- Hills, P y Argyle, M. (2001). Happiness, introversion, extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences*, 30, 595-608.
- Hills, P y Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1073-1082.
- Hintikka, J., Saarinen, P., Tanskanen, A. y Koivumaa Honkanen, H. (1999). Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, 226-231.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M. y Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Hochhausen, N., Altmaier, E. M., McQuellon, R., Davies, S. M., Papadopolous, E., Carter, S. y Henslee-Downey, J. (2007). Social support, optimism, and self-efficacy predict physical and emotional well-being after bone marrow transplantation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25, 87-101.
- Hofer, S. M. y Sliwinski, M. J. (2001). Understanding ageing: An evaluation of research designs for assessing the interdependence of ageing-related changes. *Gerontology*, 47, 341-352.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7, e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.
- Howell, R. T., Kern, M. L. y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 83-136.
- Hughes, K. A. y Reynolds, R. M. (2005). Evolutionary and mechanistic theories of aging. *Annual Review of Entomology*, 50, 421-445.
- Hutchinson, S. L., Loy, D. P., Kleiber, D. A. y Dattilo, J. (2003). Leisure as a coping resource: Variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences*, 25, 143-161.
- Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida en adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica Panamerican Journal of Psychology*, 5, 475-485.
- Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D. y Antonucci, T. C. (1997). The effects of positive and negative social exchanges on aging adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 190-199.

- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Inglehart, R. (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology*, 43, 3-5.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Demografía y población. Cifras oficiales de población: Padrón municipal*. Madrid: INE.
- Isaacowits, D. M. y Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 143-152.
- Jain, A. K., Murty, M. N. y Flynn, P. J. (1999). Data clustering: A review. *ACM Computing Surveys*, 31, 264-323.
- Jelicic, M., Kempen, G. I. y Passchier, J. (1998). Psychological well-being in older adults suffering from chronic headache. *Headache*, 38, 292-294.
- Johnson, M. L. (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Nueva York: Cambridge University Press
- Jones, T. G., Rapport, L. J., Hanks, R. A., Lichtenberg, P. A. y Telmet, K. (2003). Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 3-18.
- Joop, D. y Root, C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology & Aging*, 21, 266-280.
- Jung, C. G. (1960). *The stages of life*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C. G. (1967). *Collected works*. Londres: Routledge.
- Kahn, J. H., Hessling, R. M. y Russell, D. W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity?. *Personality and Individual Differences*, 35, 5-17.
- Kahneman, D. y Krueger, A. B. (2006). Developments in the measurement of subjective well-being. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 3-24.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43, 277-287.
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation & Aging*, 19, 11-30.
- Keith, J., Fry, C. y Likels, C. (1990). Community as context for successful aging. En J. Sokolovsky (Ed.), *The cultural context of aging. World-wide perspectives* (pp. 245-261). Nueva: Bergin & Garvey.
- Kelly, J. R. y Steinkamp, M.W. (1986). Later life leisure: How they play in Peoria. *The Gerontologist*, 26, 79-82

- Kelsey, K. S., DeVellis, B., Begum, M., Belton, L., Hooten, E. G. y Campbell, M. (2006). Positive affect, exercise, and self-reported health in blue-collar women. *American Journal of Health Behavior*, *30*, 199-207.
- Kennedy, Q., Mather, M. y Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science*, *15*, 208-214.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, *77*, 1-10.
- Keyes, C. L. M. y Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. En M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes y K. A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course. Crosscurrents in contemporary Psychology* (pp. 477-497). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C. y Diener, M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, *6*, 261-300.
- King, K. B., Rowe, M. A., Kimble, L. P. y Zerwic, J. J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Research in Nursing and Health*, *21*, 15-26.
- Kirkwood, T. B. L. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, *120*, 437-447.
- Klassen, R. M. (2004). Optimism and realism: A review of self-efficacy from a cross-cultural perspective. *International Journal Of Psychology*, *39*, 205-230.
- Ko, K. J., Berg, C. A., Butner, J., Uchino, B. N. y Smith, T. W. (2007). Profiles of successful aging in middle-aged and older adult married couples. *Psychology and Aging*, *22*, 705-718.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, *152*, 983-991.
- Koopmans, T. A., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G. y Giltay, E. J. (2010). Effects of happiness on all-cause mortality during 15 years of follow-up: The Arnhem Elderly Study. *Journal of Happiness Studies*, *11*, 113-124.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Ryan, C.E., Hess, A. L., Harrison, W., Davis, S. M. y Keller, M. B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, *60*, 1-11.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 163-174.
- Kuijjer, R. G. y de Ridder, D. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and Health*, *18*, 313-330.

- Kunzmann, U., Little, T. D. y 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*, 511-526.
- Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2002). Perceiving control: A double-edged sword in old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 57*, 484-491.
- Lacey, H. P., Smith, D. M. y Ubel, P. A. (2006). Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies, 7*, 167-182.
- Lachman, M. E. (2006). Perceived control over aging-related declines. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 282-286.
- Lachman, M. E., Röcke, C., Rosnick, C. y Ryff, C. D. (2008). Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction: Age differences in reconstructing the past and anticipating the future. *Psychological Science, 19*, 889-897.
- Landau, R. y Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: The role of health, personality and social support. *The International Journal of Aging and Human Development, 52*, 265-280.
- Lang, F. R. y Heckhausen, J. (2001). Perceived control over development and subjective well-being: Differential benefits across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 509-523.
- Lanslett, P. (1989). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Londres: Weidenfeld y Nicolson.
- Lara, R., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez-Pérez, M. L., Padial, A., Araque-Serrano, F. y Godoy, J. F. (2014). Multidimensional psychosocial profiles in the elderly and happiness: A cluster-based identification. *Aging and Mental Health, 18*, 489-503.
- Layous, K., Nelson, K. S. y Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies, 14*, 635-654.
- Leach, L. S., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Windsor, T. D. y Butterworth, P. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: The role of psychosocial mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 983-998.
- Lee, G. R., Secombe, K. y Shehan, C. L. (1991). Marital status and personal happiness: An analysis of trend data. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 839-844.
- Lee, T. F., Woo, J. y Mackenzie, A. E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing, 37*, 19-27.
- Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 3*, 102-147.
- Leighland, L. A., Schulz, L. E. y Janowsky, J. S. (2004). Age related changes in emotional memory. *Neurobiology of Aging, 25*, 1117-1124.

- Lelkes, O. (2008). Happiness across the life cycle: Exploring age-specific preferences. *European Centre for Social Welfare Policy and Research, Policy Brief, March, 2*, 1-16.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 482-509.
- Lent, R. W., Singley, D., Sheu, H.G., Gainor, K. A., Brenner, B. R., Treistman, D. y Ades, L. (2005). Social cognitive predictors of domain and life satisfaction: Exploring the theoretical precursors of subjective well-being. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 429-442.
- Lerner, R. M. (1996). Relative plasticity, integration, temporality and diversity in human development: A developmental contextual perspective about theory, process and method. *Developmental psychology, 32*, 781-786.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 58*, 203-211.
- Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R. y Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 55*, 205-213.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. y Kasl, S. V. (2002a). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 261-270.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R. y Kasl, S. V. (2002b). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 57*, 409-417.
- Li, D., Xu, X., Qin, X. y Guo, R. (2012). Study on score of happiness among the elderly population in aged apartment house in Tangshan. *International Conference on Education Technology and Management Engineering, 16*, 432-436.
- Litwin, H. y Stoeckel, K. J. (2013). Social networks and subjective well-being among older Europeans: does age make a difference?. *Ageing & Society, 33*, 1263-1281.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. y Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to change in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 527-39.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616-628.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E. y Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing, 39*, 31-38.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. y Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*, 80-89.

- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K. y Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion, 11*, 391-402.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.
- Lyubomirsky, S. y Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*, 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111-131.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. y Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology, 58*, 593-614.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G. y Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variables. *Psychological Methods, 7*, 83-104.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. y Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research, 39*, 99-128.
- MacKinnon, D. P., Warsi, G. y Dwyer, J. H. (1995). A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate Behavioral Research, 30*, 41-62.
- MacLeod, A. K. y Conway, C. (2005). Well-being and the anticipation of future positive experiences: The role of income, social networks, and planning ability. *Cognition and Emotion, 19*, 357-374.
- Magaletta, P. R. y Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism and general well-being. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 539-551.
- Majer, J. M., Jason, L. A. y Bradley, D. O. (2004). Optimism, abstinence self-efficacy, and self-mastery a comparative analysis of cognitive resources. *Assessment, 11*, 57-63.
- Marshall, G. N. y Lang, E. L. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 132-139.
- Mather, M. y Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Science, 9*, 496-502.
- Matthews, E. E y Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*, 716-726.
- Matud, M. P. (2004a). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*, 19-140.
- Matud, M. P. (2004b). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37*, 1401-1415.

- Maxson, P., Berg, S. y McClearn, J. (1996). Multidimensional patterns of aging in 70-year olds: Survival differences. *Journal of Health and Aging, 8*, 320-333.
- Maxson, P., Berg, S. y McClearn, J. (1997). Multidimensional patterns of aging: A cluster-analytic approach. *Experimental Aging Research, 23*, 13-31.
- McAuley, W. J. y Travis, S. S. (1997). Positions of influence in the nursing home admission decision. *Research on Aging, 19*, 26-45.
- McCrae, R. R. (2002). The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being. *Journal of Research in Personality, 36*, 307-317.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *American Psychologist, 41*, 1001-1003.
- McElwain, A. K., Korabik, K. y Rosin, H. M. (2005). An examination of gender differences in work-family conflict. *Canadian Journal of Behavioural Science, 37*, 283-298.
- McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W. y Roberts, J. S. (2010). Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 65*, 216-226.
- McLean, C. P. y Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*, 496-505.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T y Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1027-1035.
- Medvedev, Z. A. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological Reviews, 65*, 375-398.
- Mellor, D., Hayashi, Y., Firth, L., Stokes, M., Chambers, C. y Cummins, R. (2008). Volunteering and well-being: do self-esteem, optimism, and perceived control mediate the relationship? *Journal of Social Service Research, 34*, 61-70.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 58*, 74-82.
- Merz, E. M. y Huxhold, O. (2010). Well-being depends on social relationship characteristics: Comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing and Society, 30*, 843-857.
- Meyers, M. C., van Woerkom, M. y Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 22*, 618-632
- Miller, M. A. y Rahe, R. H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research, 43*, 279-292.

- Milligan, G. W. y Cooper, M. C. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*, *50*, 159-179.
- Miquel, J. (2006). Integration of theories of ageing. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *41*, 125-127.
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *33*, 187-205.
- Mitchell, J., Vella-Brodrick, D. y Klein, B. (2010). Positive psychology and the internet: A mental health opportunity. *E-Journal of Applied Psychology*, *6*, 30-41.
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A. e Ibrahim, R. (2014). Cohort comparisons: Emotional well-being among adolescents and older adults. *Clinical Interventions in Aging*, *9*, 813-819.
- Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M. y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *12*, 61-71.
- Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzer, D. y Jeste, D. V. (2006). Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*, 43-51.
- Mroczek, D. K. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. *Personality and Social Psychology*, *75*, 1333-1349.
- Mroczek, D. K. y Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the Veterans Affairs Normative Aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 189-202.
- Murphy, N. A. y Isaacowitz, D. M. (2008). Preferences for emotional information in older and younger adults: A meta-analysis of memory and attention tasks. *Psychology and Aging*, *23*, 263-286.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, *55*, 56-67.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science*, *6*, 10-19.
- Nakishima, M., Chapin, R. K., Macmillan, K. y Zimmerman, M. (2004). Decision making in long-term care: Approaches used by older adults and implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, *59*, 79-102.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., Macera, C. A. y Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *39*, 1435-1445.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. y Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, *20*, 272-284.

- Newsom, J. T., Nishishiba, M., Morgan, D. L. y Rook, K. S. (2003). The relative importance of three domains of positive and negative social exchanges: A longitudinal model with comparable measures. *Psychology and Aging, 18*, 746-754.
- Newsom, J. T., Rook, K. S., Nishishiba, M., Sorkin, D. H. y Mahan, T. L. (2005). Understanding the relative importance of positive and negative social exchanges: Examining specific domains and appraisals. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 60*, 304-312.
- Nocon, M., Hiemann, T., Muller-Riemensneider, F., Thalau, F., Roll, S. y Willich, S. N. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology, 15*, 239-246.
- Oishi, S. (2002). Experiencing and remembering of well-being: A cross-cultural analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 1398-1406.
- Okun, M. A., Olding, R. W. y Cohn, C. M. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin, 108*, 257-266.
- Okun, M. A. y Stock, W. A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology, 6*, 95-112.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. y Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 183-204.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española en Geriatría y Gerontología, 37*, 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Global health and ageing*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K. y Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine, 63*, 210-215.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist, 19*, 427-431.
- Palmore, E. B. (1995). El éxito del envejecimiento. En G. L. Maddox (Ed.), *Enciclopedia del envejecimiento: Un recurso completo en gerontología y geriatría* (pp. 914-915). Nueva York: Springer.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Parks, A. C., Della Porta, M. D., Pierce, R. S., Zilca, R. y Lyubomirsky, S. (2012). Pursuing happiness in everyday life: The characteristics and behaviors of online happiness seekers. *Emotion, 12*, 1222-1234.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5*, 164-172.

- Pawlowski, T., Downward, P. y Rasciute, S. (2011). Subjective well-being in European countries - On the age-specific impact of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8, 93-102.
- Payette, H., Coulombe, C., Boutier, V. y Gray-Donald, K. (2000). Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 579-587.
- Peel, N. M., McClure, R. J. y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 298-304.
- Penrod, J. D., Litke, A., Hawkes, W. G., Magaziner, J., Koval, K. J., Doucette, J. T., Silberzweig, S. B. y Siu, A. L. (2007). Heterogeneity in hip fracture patients: Age, functional status, and comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 407-413.
- Peters, M. L., Flink, I. K., Boersma, K. y Linton, S. J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology*, 5, 204-211.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z. y Larson, E. B. (2004). Older adults' views of "successful aging"- How do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 211-216.
- Phelan, E. A. y Larson, E. B. (2002). "Successful Aging". Where Next? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1306-1308.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405.
- Pinquart, M. y 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, 187-224.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 33-45.
- Pitkala, K. H., Laakkonen, M. L., Strandberg, T. E. y Tilvis, R. S. (2004). Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 409-414.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of Health and Social Behavior* 30, 92-104.
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS Procedures for estimating effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 36, 717-731.
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.

- Preacher, K. J., Rucker, D. D. y Hayes, A. F. (2007). Assessing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, *42*, 185-227.
- Prenda, K. M. y Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology and Aging*, *16*, 206-216.
- Pressman, S. D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, *131*, 925-971.
- Pretzer, J. L. y Walsh, C. A. (2001). Optimism, pessimism, and psychotherapy: Implications for clinical practice. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism y pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 321-346). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. y Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *65*, 671-679.
- Quoidbach, J., Wood, A. M. y Hansenne, M. (2009). Back to the future: The effect of daily practice of mental time travel into the future on happiness and anxiety. *Journal of Positive Psychology*, *4*, 349-355.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R. y López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*, 286-294.
- Ramírez Pérez, M. y Maturana, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *POLIS Revista Latinoamericana: Propuestas y Avances en Investigación*, *33*.
- Rasmussen, H. N. y Scheier, M. F. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, *37*, 239-256.
- Reinardy, J. y Kane, R. A. (1999). Choosing an adult foster home or a nursing home: Residents' perceptions about decision making and control. *Social Work*, *44*, 571-585.
- Reinhardt, J. P., Boerner, K. y 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*, 117-129.
- Remor, E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS y SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Revista de Atención Primaria*, *32*, 15-22.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón-Muñoz, E. y Medina-Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, *6*, 10-18.

- Rhodes, J. E. (2004). Family, friends, and community: the role of social support in promoting health. En P. Camic y S. Knight (Eds.), *Clinical handbook of health psychology* (pp. 289-296). Nueva York: Hogrefe and Huber.
- Riley, M. W. (1987). On the significance of age in sociology. *American Sociological Review, 52*, 1-14.
- Riskind, J. H., Sarampote, C. y Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 10*, 105-117.
- Robinson, M. D. y Clore, G. L. (2002). Belief and feeling: Evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological Bulletin, 128*, 934-960.
- Röcke, C. y Lachman, M.E. (2008). Perceived trajectories of life satisfaction across past, present, and future: Profiles and correlates of subjective change in young, middle-aged, and older adults. *Psychology and Aging, 23*, 833-847.
- Rogers, S. J. y White, L. K. (1998). Satisfaction with parenting: The role of marital happiness, family structure, and parents' gender. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 293-308.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Nueva York: Pantheon Books.
- Roysamb, E., Harris, J. H., Magnus, P., Vitterso, J. y Tambs, K. (2002). Subjective well-being. Sex-specific effects of genetic and environmental factors. *Personality and Individual Differences, 32*, 212-223.
- Russell, R. J. H. y Wells, P. A. (1994). Predictors of happiness in married couples. *Personality and Individual Differences, 17*, 313-321.
- Ruthig, J. C., Chipperfield, J. G., Newall, N. E., Perry, R. P. y Hall, N. C. (2007). Detrimental effects of falling on health and well-being in later life the mediating roles of perceived control and optimism. *Journal of Health Psychology, 12*, 231-248.
- Ryff, C. D. (1982). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist, 22*, 209-214.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12*, 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 4*, 195-210.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*, 99-104.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (2003). Ironies of the human condition: Well-being and health on the way to mortality. En L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (Eds.), A

- psychology of human strengths* (pp. 271-287). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H. y Carlson, C. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 522-535.
- Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresh, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud, diferencias entre hombre y mujeres. *Psicothema*, *18*, 584-590.
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D. y Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *50*, 1837-1843.
- Schaie, K. W. y Willis, S. L. (2011). *Handbook of Psychology of Aging*. Londres: Academic Press.
- Scheidt, R., Humpherys, D. y Yorgason, J. (1999). Successful aging: What's not to like? *Journal of Applied Gerontology*, *18*, 277-282.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, *55*, 169-210.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 201-228.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, *2*, 26-30.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y 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*, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E.C. Chang (Eds.), *Optimism y pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A. y Owens, J. F. (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*, 1024-1040.

- Scheier, M. F., Matthews, K. A. y Owens, J. F. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829-835.
- Schiffrrin, H. H. y Nelson, S. K. (2010). Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. *Journal of Happiness Studies*, 11, 33-39.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: Another view on the "paradox". *Social Indicators Research*, 75, 241-271.
- Schilling, O. K., Wahl, H. W. y Oswal, F. (2013). Change in life satisfaction under chronic physical multi-morbidity in advanced old age: Potential and limits of adaptation. *Journal of Happiness Studies*, 14, 19-36.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G. y Heuft, G. (2003). Ageing styles: Subjective well-being and somatic complaints in inpatients aged ≥ 60 years. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 324-332.
- Scholz, U., Gutiérrez, D., Shonali, S. y Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242-251.
- Schroots, J. J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36, 742-748.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M. F. y Williamson, G. M. (1998). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 304-309.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schwartz, C. E. y Sprangers, M. A. G. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Social Science and Medicine*, 48, 1531-1548.
- Schwarz, N., Kahneman, D. y Xu, J. (2009). Global and episodic reports of hedonic experience. En R. Belli, D. Alwin y F. Stafford (Eds.), *Using calendar and diary methods in life events research* (pp. 157-174). Newbury Park, CA: Sage.
- Schwartz, N. y Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 61-84). Nueva York: Russell Sage.
- Schwarzer, R., Babler, J., Kwiatek, P. y Schroder, K. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 69-88.
- Scott, J. y Roberto, K. (1985). Use of informal and formal support networks by rural elderly poor. *Gerontologist*, 6, 624-630.

- Scully, J. A., Tosi, H. y Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, *60*, 864-876.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Matero, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Revista Ciencia y Salud*, *18*, 137-161.
- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects?. *Brain, Behavior, and Immunity*, *19*, 195-200.
- Segerstrom, S. C. (2006). How does optimism suppress immunity?. Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, *25*, 653-657.
- Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, *41*, 772-786.
- Segerstrom, S. y Sephton, S. (2010). Optimistic expectancies and cell-mediated immunity. *Psychological science* *21*, 448-455.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. y Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1646-1655.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. Nueva York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: Fundamental assumptions. *Psychologist*, *16*, 126-127.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, *57*, 3-18.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, *1*, 5-14.
- Seligman, M. E., Parks, A. C. y Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *359*, 1379-1381.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*, 410-421.
- Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2006a). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, *7*, 55-86.
- Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2006b). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *Journal of Positive Psychology*, *1*, 73-82.
- Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2007). Is it possible to become happier? (And if so, how?). *Social and Personality Psychology Compass*, *1*, 129-145.

- Sheldon, K. M. y Lyubomirsky, S. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change *The Journal of Positive Psychology, 5*, 355-366.
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine, 32*, 705-714.
- Sherer, M. y Adams, C. H. (1983). Construct validation of the Self-efficacy Scale. *Psychological Report, 53*, 899-902.
- Shiota, M. N. (2006). Silver linings and candles in the dark: Differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. *Emotion, 6*, 335-339.
- Shmotkin, D. (2005). Happiness in the face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology, 9*, 291-325.
- Shmotkin, D. y Shrira, A. (2012). Happiness and suffering in the life story: An inquiry into conflicting expectations concerning the association of perceived past with present subjective well-being in old age. *Journal of Happiness Studies, 13*, 389-409.
- Siegrist, J., Knesebeck, O. y Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration. *Social Theory and Health, 2*, 243-263.
- Sijuwade, P. O. (1996). Self-actualization and locus of control as a function of institutionalization and non-institutionalization in the elderly. *Social Behavior and Personality, 24*, 367-373.
- Silverstein, M., Vern, L. B., Putney, N. y Gans, D. (1999). *Handbook of theories of aging*. Nueva York: Springer.
- Sin, N. L. y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 65*, 467-487.
- Singer, J. A., Rexhaj, B. y Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and students' self-defining memories. *Memory, 15*, 886-898.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review, 9*, 461-477.
- Smith, J. y Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging, 13*, 676-695.
- Smith, J. y Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging, 12*, 458-472.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology, 13*, 290-312.
- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A. y Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *Journal of Internal Medicine, 269*, 107-117.
- Solberg Nes, L. y Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 235-251.

- Sotgiu, I., Galati, D. y Manzano, M. (2011). Happiness components and their attainment in old age: A cross-Cultural comparison between Italy and Cuba. *Journal of Happiness Studies*, *12*, 353-371.
- Stephens, M. A. P., Druley, J. A. y Zautra, A. J. (2002). Older adults' recovery from surgery for osteoarthritis of the knee: Psychological resources as predictors of outcomes. *Health Psychology*, *21*, 377-383.
- Stephoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R. y 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.
- Sterns, S., Allen, S. y Kahana, E. (2011). The effect of anticipatory socialization in morale in newly institutionalized LTC residents. En M.L. Wykle y S.H. Gueldner (Eds.), *Aging well. Gerontological education for nurses and other health professionals* (pp. 313-329). Sudbury, MA: Jones y Bartlett Learning.
- Stevenson, B. y Wolfers, J. (2009). The paradox of declining female happiness, IZA discussion papers, No. 4200. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20090615158>.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C. y Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*, 364-373.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E. y Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *107*, 9985-9990.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. y Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, *42*, 727-733.
- Strehler, B. L. (1977). *Time, cells and aging*. Nueva York: Academic Press.
- Stretton, C. M., Latham, N. K., Carter, K. N., Lee, A. C. y Anderson, C. S. (2006). Determinants of physical health in frail older people: The importance of self-efficacy. *Clinical Rehabilitation*, *20*, 357-366.
- Stroebe, W. y Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Struthers, C. W., Chipperfield, J. G. y Perry, R. P. (1993). Perceived health barriers and health value in seniors: Implications for well-being and mortality. *Journal of Applied Social Psychology*, *23*, 1619-1637.
- Stubbe, J. H., Posthuma, D., Boomsma, D. I. y De Geus, E. J. (2005). Heritability of life satisfaction in adults: A twin-family study. *Psychological Medicine*, *35*, 1581-1608.
- Subramanian, S. V., Kim, D. y Kawachi, I. (2005). Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: A multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*, 664-669.

- Suh, E., Diener, E. y Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1091-1102.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S. y Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 482-493.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. j., Durrence, H. H., Reidel, B. W. y Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28, 1457-1464.
- Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. D. y Sherman, D. K. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, 18, 831-837.
- Tesch-Römer, C. Motel-Klingebiel, A. y Tomasik, J. (2008). Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicators Research*, 85, 329-349.
- Thorson, J. A. y Davis, R. E. (2000). Relocation of the institutionalized aged. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 131-138.
- Tindale, H. A., Chang, Y., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., Siegle, G. J. y Matthews, K.A. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, 120, 656-662.
- Tkach, C. y Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness?: Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225.
- Tolin, D. F. y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
- Tran, T. Y., Wright, R. y Chatters, L. (1991). Health, stress, psychological resources, and subjective well-being among older blacks. *Psychology and Aging*, 6, 100-108.
- Trujillo, S. (2005). *Agenciamiento individual y condiciones de vida*. Bogota: Universidad de Psicología de Bogotá.
- Trunzo, J. J. y Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 805-811.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377-387.
- Updegraff, J. A. y Taylor, S. E. (2000). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. En J. Harvey y E. Miller (Eds.) *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives* (pp. 3-28). Filadelfia: Brunner-Routledge.

- Uttal, D. H. y Perlmutter, M. (1989). Toward a broader conceptualization of development: The role of gains and losses across the life-span. *Developmental Review*, 9, 101-132.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well*. Boston: Little, Brown & Company.
- Vaillant, G. E. y Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Van de Velde, S., Bracke, P. y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 305-313.
- Veenhoven, R. (2005). *Correlates of happiness*. Documento no publicado. Universidad Erasmus, Rotterdam, Holanda.
- Veenhoven, R. (2006). Quality of life in modern society, measured with happy life years. En N. Yew-Kwang y L. S. Ho (Eds.), *Happiness and public policy. Theory, case studies and implications* (pp.19-44). Nueva York: Palgrave-Macmillan.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Veenhoven, R. (2009). World database of happiness: Tool for dealing with the 'data-deluge'. *Psychological Topics*, 18, 221-246.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- Villagut, G., Valderas, M.J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: Componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130, 726-735.
- Viña, J., Borrás, C. y Miquel, J. (2007). Theories of ageing. *Life*, 59, 249-254.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J. y Maiuro, D. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist*, 31, 76-83.
- Von Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., Van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., Van Dongen, E., Knook, D. L., Van der Geest, S. y Westendorp, R. G. J. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161, 2694-2700.
- Waldinger, R. J. y Schulz, M. S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 25, 422-431.
- Wang, H. H., Wu, S. Z. y Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: A Meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19, 345-350.
- Ware, J. E., Kosinski, M. y Keller, S. D. (1996). A 12-item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.

- Warr, P., Barter, J. y Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Weinert, B. T. y Poala, S. T. (2003). Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 95, 1706-1716.
- Williams, R. H. y Wirth, C. G. (1965). *Lives through the years: Styles of life and successful aging*. Nueva York: Atherton Press.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S. y Antoni, M. H. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology & Health*, 23, 57-72.
- Winsor, T. D. y Anstey, K. J. (2010). Age differences in psychosocial predictors of positive and negative affect: A longitudinal investigation of young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 25, 641-652.
- Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Wrosch, C. y Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72.
- Wykle, M. L., Whitehouse, P. J. y Morris, D. L. (2005). *Successful aging through the life span. Intergenerational issues in health*. Nueva York: Springer
- Xu, J. y Roberts, R. E. (2010). The power of positive emotions: It's a matter of life or death. Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29, 9-19.
- Zamarrón, M. D. y Fernández-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias: Factores determinantes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35, 17-29.
- Zhang, B. y Wing, Y. K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 29, 85-93.

ANEXO

Medidas no publicadas en la literatura utilizadas en la fase de evaluación

Escala de Felicidad (EF) de Godoy-Izquierdo y Godoy (2006)

1. Responda, en una escala de **0 (muy infeliz)** a **10 (muy feliz)**, a las siguientes preguntas:

a) ¿Cómo de feliz se siente **actualmente, en los últimos días o semanas?** _____

b) ¿Cómo de feliz se ha sentido **generalmente, a lo largo de su vida?** _____

2. Indique, en una escala de **0 (ninguna influencia)** a **10 (muchísima influencia)**, el grado en que valora que cada uno de los aspectos que se indican a continuación contribuyen a **su nivel general** de felicidad:

ASPECTO A CONSIDERAR	Valoración (0-10)
1.Competencias, habilidades o recursos personales	
2.Confianza y seguridad en sí mismo/a	
3.Familia y relaciones familiares	
4.Amistad y relaciones sociales	
5.Fe, religiosidad, valores éticos o Morales	
6.Salud, bienestar y calidad de vida	
7.Poder, estatus e importancia personal	
8.Dinero, riqueza y lujos	
9.Satisfacción de necesidades vitales básicas	
10.Amar y ser amado/a	
11.Pareja y sexualidad	
12.Sentido del humor, actitudes y emociones positivas	
13.Trabajo y relaciones laborales	
14.Objetivos, metas, retos y compromisos vitales	
15.Forma de ser o personalidad	
16.Sentido de integración y participación a nivel ideológico, político o cultural con su comunidad	
17.Hábitos y estilos de vida	
18.Concepto de sí mismo/a y autoestima	
19.Autonomía e independencia personal	
20.Herencia genética	

Autoinforme de Actividades de Ocio en Mayores de Lara y Godoy-Izquierdo (2010),**versión experimental**

Señale con una X en la primera columna en blanco las actividades que realiza en su tiempo libre, y en la siguiente columna aquellas actividades que le gustaría realizar y NO realiza. Si hace otra actividad que no esté indicada en la lista o que le gustaría hacer pero no hace, añádala en la casilla en blanco.

ACTIVIDAD	SÍ REALIZO ESTA ACTIVIDAD	NO LA REALIZO PERO ME GUSTARÍA REALIZARLA
Ver la televisión		
Escuchar la radio		
Charlar con los amigos		
Charlar con los familiares		
Leer libros o novelas		
Escuchar música		
Ir al cine		
Ir a misa		
Hacer actividad física		
Hacer manualidades y labores		
Ver deporte		
Tocar música		
Pasear		
Jugar a juegos de mesa		
Salir con los amigos a tomar algo o a bailar		
Viajar, conocer otros sitios		
Ir a espectáculos de música, baile, teatro, etc.		
Hacer actividades de formación		
Hacer actividades de voluntariado		
Hacer actividades artísticas como pintar, esculturas, etc.		
Leer la prensa o revistas		
Visitar a familiares o amigos		
Visitar monumentos o lugares cerca		
Ir a exposiciones culturales, artísticas, etc.		
Salir a la naturaleza (ir al campo, a la montaña, a la playa, etc.)		
Conocer gente nueva		
Aprender nuevas cosas o habilidades		
Estudiar		
Participar en actividades de la comunidad		

Usar internet o el ordenador		
Otras: _____		

Señale a continuación con un número las veces que realiza a la semana cada una de estas actividades en su tiempo libre. Si hace otra actividad que no esté indicada en la lista, añádala en la casilla en blanco. Señale también el **nivel de satisfacción** que le produce hacer cada una de las actividades que realiza. Use un número del **0 al 10**, siendo 0 ninguna satisfacción, 5 ni poca ni mucha satisfacción y 10 mucha satisfacción. Si añadió más actividades, señale para cada una la satisfacción que siente haciéndolas.

ACTIVIDAD	SÍ REALIZO ESTA ACTIVIDAD	NO LA REALIZO PERO ME GUSTARÍA REALIZARLA
Ver la televisión		
Escuchar la radio		
Charlar con los amigos		
Charlar con los familiares		
Leer libros o novelas		
Escuchar música		
Ir al cine		
Ir a misa		
Hacer actividad física		
Hacer manualidades y labores		
Ver deporte		
Tocar música		
Pasear		
Jugar a juegos de mesa		
Salir con los amigos a tomar algo o a bailar		
Viajar, conocer otros sitios		
Ir a espectáculos de música, baile, teatro, etc.		
Hacer actividades de formación		
Hacer actividades de voluntariado		
Hacer actividades artísticas como pintar, esculturas, etc.		
Leer la prensa o revistas		
Visitar a familiares o amigos		
Visitar monumentos o lugares cerca		
Ir a exposiciones culturales, artísticas, etc.		
Salir a la naturaleza (ir al campo, a la montaña, a la playa, etc.)		
Conocer gente nueva		

Aprender nuevas cosas o habilidades		
Estudiar		
Participar en actividades de la comunidad		
Usar internet o el ordenador		
Otras: _____		

Escala de Eventos Vitales Estresantes Revisada de Holmes y Rahe (1997), v. española adaptada de Godoy-Izquierdo et al. (2013)

Señale en la primera columna en blanco con una X SI HA VIVIDO EN EL ÚLTIMO AÑO los acontecimientos que se incluyen en la lista. En la siguiente columna, señale si el acontecimiento fue positivo para Usted con un signo +, o si fue negativo con un signo -. En la siguiente columna, indique con números del 0 al 10 cuánto estrés le generó cada uno de los acontecimientos vividos, siendo 1: nada de estrés y 10: mucho estrés. Finalmente, señale cuál de las 4 opciones que le mostramos al final se ajusta más a su caso para cada uno de los acontecimientos vividos.

Recuerde: Si NO ha vivido alguno de estos acontecimientos no tiene que rellenar ninguno de los apartados de la tabla para ese acontecimiento; rellénelos sólo para los acontecimientos que haya vivido en los últimos 12 meses.

ACONTECIMIENTO	¿Lo ha experimentado en el último año? Marque con una X los que sí ha vivido en el último año	¿Fue positivo o negativo para Usted? Use los signos + y -	¿Cuánto estrés le generó? Escoja un número de 1 (nada de estrés) a 10 (mucho estrés)	¿Pudo hacer algo para resolver o mejorar la situación o para sentirse mejor?			
				No, no pude hacer nada	Sí, pero lo que hice no funcionó nada	Sí, lo que hice me ayudó a mejorar la situación, aunque no la resolvió	Sí, lo que hice funcionó completamente y resolvió la situación perfectamente
Su esposo/a ha fallecido							
Usted se ha divorciado							
Usted ha enfermado o tenido lesiones							
Usted se ha separado							
Usted se ha casado							
La salud de un familiar ha cambiado							
Algún familiar cercano ha fallecido							

Su estado financiero ha cambiado							
Usted ha tenido dificultades sexuales							
Usted ha terminado de pagar la hipoteca o un préstamo							
Un amigo cercano ha fallecido							
Su esposo/a y usted se han reconciliado							
Ha cambiado el número de discusiones con su pareja							
Han cambiado sus condiciones de vida							
Su esposo/a ha empezado o dejado de trabajar							
Usted ha conseguido un gran logro personal							
Ha llegado un nuevo miembro a su familia							
Han cambiado sus actividades sociales							
Ha cambiado el número de reuniones familiares							
Usted se ha mudado a otra casa o sitio donde vivir							
Usted se ha jubilado							

Usted tiene una hipoteca de más de 50.000 euros							
Un hijo o hija suyo se han ido de casa							
Usted ha cambiado sus hobbies y actividades de ocio							
Han cambiado sus hábitos de sueño							
Han cambiado sus actividades en la iglesia							
Usted ha cambiado algunos de sus hábitos personales							
Han cambiado sus hábitos de alimentación							
Se ha ido de vacaciones							
Usted tiene una hipoteca o un préstamo inferior a 50.000 euros							
Usted ha tenido problemas con su familia política							
Ha pasado las Navidades sin su familia o amigos							
Usted ha tenido problemas con algún compañero/a de la residencia							
Usted ha tenido problemas con un amigo/a cercano/a							

Algún/a compañero/a de la residencia ha fallecido							
Un familiar muy cercano se ha casado o ha tenido familia							
Usted ha tenido problemas en la residencia							
Su salud o la de su esposo/a le dificulta mucho su vida							
No tiene amigos/as en la residencia							
Sus familiares no le visitan con la frecuencia que a Usted le gustaría							
Su esposo/a no vive en la residencia con Usted							
No le gusta la residencia en la que está							
Está en la residencia en contra de su voluntad							

UNIVERSIDAD DE GRANADA

