

El envejecimiento con éxito y su relación con la resiliencia y la religiosidad.

por Elena Donate Rodríguez

ARCHIVO	20964_ELENA_DONATE_RODRIGUEZ_EL_ENVEJECIMIENTO_CON_EXITO_Y_SU_RELACION_CON_LA_RESILIENCIA_Y_LA_RELIGIOSIDAD._1651689_1919369146.PDF (448.3K)		
HORA DE LA ENTREGA	09-MAY.-2020 06:33P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11252
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1320355147	SUMA DE CARACTERES	63152



Facultad de Ciencias Humanas y
Sociales

El envejecimiento con éxito y su relación con la resiliencia y la religiosidad.

Autor/a: Elena Donate Rodríguez

Director/a Profesional: Macarena Sánchez-Izquierdo Alonso

Director/a Metodológico/a: Mónica Terrazo Felipe

MADRID | mayo 2020

Elena
Donate
Rodríguez

El envejecimiento con éxito y su relación con la resiliencia y la religiosidad.



Resumen

Dado que nuestra población cuenta cada vez con un mayor número de personas mayores, es interesante estudiar todas esas variables que puedan ayudar a envejecer mejor. Por ello, el objetivo de este trabajo ha sido examinar la relación de las variables religiosidad y resiliencia con el envejecimiento exitoso. También se han estudiado otras relaciones como la existente entre la satisfacción vital y el modo de envejecer, o la relación entre resiliencia y religiosidad. La muestra ha estado formada por 116 personas mayores de 65 años residentes en España. Para la medida de nuestras variables se emplearon los siguientes instrumentos: Escala Successful Aging Inventory (SAI), Escala de satisfacción con la vida (SWLS), Escala de Resiliencia (BRCS) y Duke University Religion Index (DUREL). El análisis de los datos ha mostrado que aquellos sujetos más resilientes, al igual que aquellos más religiosos, envejecen con más éxito. Además, aquellos que han envejecido mejor, tienen también una experiencia de mayor satisfacción en relación con su propia vida. Por último, en este trabajo no se hallaron relaciones significativas entre resiliencia y religiosidad.

Palabras clave: envejecimiento con éxito, gerotranscendencia, resiliencia, religiosidad, satisfacción vital.

Abstract

Given that our population has an increasing number of elderly people, it is interesting to study all those variables that can help to age successfully. For this reason, the objective of this study has been to examine the relationship between the variables religiosity and resilience, and successful aging. Other relationships have also been studied, such as the one between life satisfaction and successful aging, or the relationship between resilience and religiosity. The sample was composed of 116 people over 65 years of age residing in Spain. The following instruments were used to measure our variables: Successful Aging Inventory Scale (SAI), Satisfaction with Life Scale (SWLS), Brief Resilient Coping Scale (BRCS) and Duke University Religion Index (DUREL). The analysis of the data has shown that those more resilient subjects, as well as those more religious, age more successfully. Furthermore, those who have experiences the successful aging also have a more satisfying experience regarding their own lives. Finally, no significant relationships between resilience and religiosity was found in this study.

Key words: successful aging, gerotranscendence, resilience, religiosity, life satisfaction.

Introducción

En Europa se está produciendo un proceso de envejecimiento rápido y progresivo. Nos encontramos ante un fenómeno poblacional que afecta de manera directa en el ámbito social, económico y cultural. Satorres (2013) habla de una revolución silenciosa que requiere la aparición de cambios relevantes en nuestra sociedad de cara al grupo de población protagonista: las personas mayores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), entre 2015 y 2050, el porcentaje de personas en el mundo con una edad mayor a 60 años casi se duplicará, alcanzando valores que se acercarán al 22% de la población mundial.

En nuestro país, por un lado, tenemos los datos que se recogen en la Estadística del Padrón Continuo del 1 de Julio de 2019 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Dichos datos determinan que el número de personas mayores de 65 años censadas en nuestro país en ese año era de 9.179.404. Por otro lado, relacionando estos datos con las bajas tasas de natalidad, y atendiendo a la estructura demográfica de la población española actual, se observan tendencias demográficas que conducen a un marco de bajas tasas de crecimiento futuro y que irá decreciendo gradualmente a lo largo de las próximas décadas (INE, 2019). Por lo tanto, podemos considerar que la población española se encuentra ante un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes.

Este fenómeno presente se ve directamente relacionado con el aumento en la esperanza de vida. El aumento de dicha esperanza puede ofrecer a la población muchas oportunidades, sin embargo, también aumenta la probabilidad de padecer un mayor número de problemas de salud, y con ello, una mayor dependencia funcional.

A la vista de estos datos, y teniendo en cuenta las proyecciones de futuro, es necesaria la aparición de nuevos modos de entender el proceso de envejecimiento desde una perspectiva positiva y que lo contemple como un proceso evolutivo natural, como un reto, evitando teorías y modelos basados en el déficit.

1. ¿Qué se entiende por “envejecimiento”?

Para definir qué entendemos por envejecimiento debemos tener en cuenta que su estudio abarca temáticas científicas multidisciplinares porque implica la concurrencia de tres amplios campos: biomedicina, psicología y sociodemografía. Fernández-Ballesteros, Robine y Benetos (2019), afirman que el envejecimiento es un proceso largo y no lineal, fruto de múltiples transacciones entre el organismo, los comportamientos individuales y las condiciones ambientales, sin olvidar también la importante influencia de los factores socioculturales.

Por otro lado, la OMS (2015) define el envejecimiento desde el punto de vista biológico, como la acumulación de un conjunto de daños moleculares y/o celulares, que con el tiempo pueden promover la aparición de ciertas enfermedades y disminuir las capacidades funcionales del individuo. Añaden, además, una serie de pérdidas asociadas al ámbito psicosocial relacionadas con el cambio de roles y la disminución de red social. Además, indican que este conjunto de cambios se produce de manera no lineal en el tiempo.

Es importante tener en cuenta que estas definiciones se ven afectadas directamente por la visión de las disciplinas que las estudian. En concreto, a principios del siglo XX surgen el campo de la gerontología y la geriatría, que durante las primeras décadas se basaron en una mirada del envejecimiento desde el punto de vista patológico. Rowe y Kahn (1987) afirmaron que, a falta de una patología identificable, los gerontólogos tendían a interpretar los déficits cognitivos y fisiológicos asociados con la edad, como determinados por el propio envejecimiento. A pesar de que, en muchas ocasiones, dichos déficits podían ser explicados en términos de estilo de vida, hábitos, dieta y factores psicosociales extrínsecos al proceso de envejecimiento.

Sin embargo, durante las últimas décadas, esta perspectiva cambió y empezó a surgir un nuevo modo de entender la gerontología desde una mirada más positiva (Johnson y Mutchler, 2013). De tal modo que el estudio del envejecimiento se empezó a centrar en sus aspectos dinámicos (como la sabiduría o la capacidad de recuperación), y, además, se comenzó a enfatizar en que a lo largo del proceso de envejecimiento también se produce estabilidad e incluso un crecimiento y mejora en determinadas funciones (Erikson, 1998; Kruse y Schmitt, 2019; Rubio, Muñoz, Cerquera y Pinzón, 2011).

Como consecuencia de esta mirada más positiva comenzaron a aparecer diferentes conceptos afines a esta visión del envejecimiento, entre los que destacan los siguientes:

- Envejecimiento saludable.

El envejecimiento saludable es un concepto que se ha utilizado de diversas maneras y con una gran variedad de supuestos subyacentes. Hansen-Kyle (2005) realiza un análisis conceptual para definir el envejecimiento saludable como “el proceso de desaceleración física y cognitiva de la persona, mientras se adapta resilientemente para funcionar y participar de manera óptima en todas las áreas de la vida (física, cognitiva, social y espiritual)” (p.52).

- Envejecimiento con éxito.

En este trabajo nos centraremos en el concepto de envejecimiento exitoso, considerándolo como una clave importante en esta nueva visión del envejecimiento. Fernández-Ballesteros et al. (2010, p. 641), se refieren al envejecimiento exitoso como un concepto multidimensional que “abarca, trasciende y supera la buena salud”. Además, establece sus cuatro pilares que se explicarán en el siguiente apartado: “Envejecer bien”.

- Envejecimiento productivo

Mientras que los otros enfoques presentados se centran en las diferentes acciones realizadas por parte de las personas mayores para alcanzar el beneficio individual, el envejecimiento productivo, según autores como Caro y Sánchez (como se cita en Miralles, 2011), se refiere a la satisfacción de las necesidades sociales llevada a cabo por este colectivo de la población. Dicho en otras palabras, hace referencia a los beneficios colectivos que alcanzan las personas mayores a través de sus comportamientos individuales.

- Envejecimiento activo.

Según la OMS (2012 p.12), el envejecimiento activo es “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. En su informe, la OMS (2012) afirma que envejecer de manera activa implica la capacidad, por parte de las personas mayores, para preservar la mayor autonomía posible, la independencia, la calidad de vida y la participación social en diferentes esferas vitales (por ejemplo, social, económica o espiritual).

Todos estos términos se consideran conceptos multidimensionales y multinivel que se refieren a una forma positiva de envejecer. Y, como se mencionó anteriormente, permiten la apertura de un nuevo paradigma en gerontología, basado en el retraso de la senescencia, la compresión de morbilidad y mortalidad, la diversidad de las formas de envejecimiento y la plasticidad de la naturaleza humana frente a las circunstancias de enriquecimiento (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

2. Envejecer bien.

En concreto, este trabajo se guiará por el modelo explicativo de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2019; Fernández-Ballesteros, Molina, Schettini y Santacreu, 2013) de envejecimiento con éxito. Esta autora hace referencia a los conceptos de envejecimiento exitoso y activo como conceptos multidimensionales que incluyen, no solo la salud, sino también la funcionalidad, el afecto y la participación social. Además de esto, afirma que, en la mayoría de

las definiciones para envejecimiento exitoso, aparecen una variedad de componentes que se pueden clasificar en cuatro dominios:

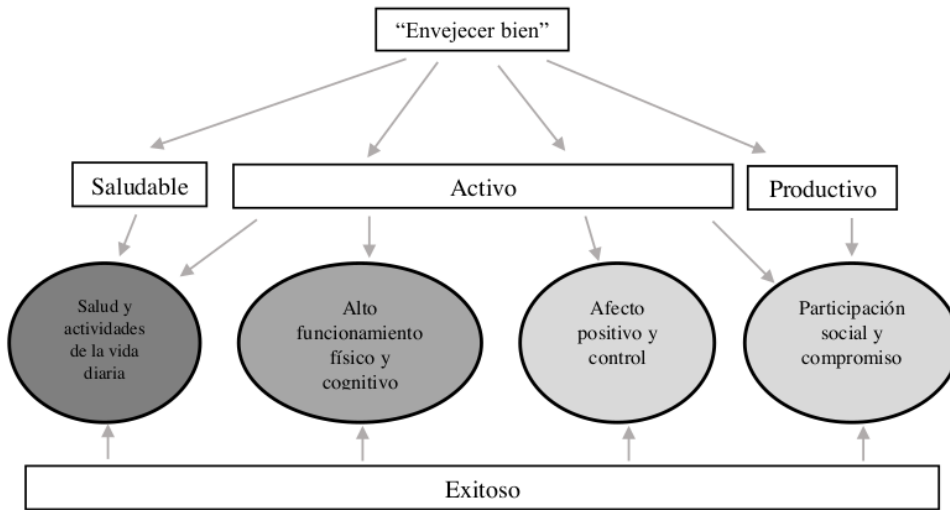


Figura 1: Modelo de cuatro dominios y cuatro etiquetas de envejecer bien. (Tomado de Fernández-Ballesteros et al., 2019)

Desde un punto de vista científico, este nuevo paradigma se basa en los resultados de diversos estudios longitudinales, iniciados aproximadamente a mediados del siglo pasado (como se cita en Fernández-Ballesteros, 2019). De estos estudios se extraen una serie de asunciones en las que se basa el término envejecimiento con éxito, que facilitan su mejor comprensión y que se detallan a continuación: heterogeneidad en el modo de envejecer, plasticidad, comprensión de la morbilidad/mortalidad y mecanismos de selección, optimización y compensación.

2.1 Heterogeneidad en el modo de envejecer.

Este concepto tiene que ver con las diferentes formas en las que las personas envejecen y los diferentes perfiles que surgen al respecto. Rowe y Kahn (1987), en su artículo, reflejan la importancia de separar los cambios patológicos de aquellos que podrían atribuirse al envejecimiento por sí mismo. De este modo, hablan de diferentes formas de envejecer: envejecimiento patológico, envejecimiento normal y envejecimiento con éxito. El envejecimiento patológico sería aquel fruto de enfermedades, malos hábitos, patologías, etc.; el envejecimiento normal sería aquel, en el cual, determinados procesos internos generan en la persona un declive biológico, social y psicológico; y, por último, el envejecimiento con éxito, según estos autores, consiste en la existencia de un funcionamiento físico y mental óptimo, ausencia o baja probabilidad de discapacidad o enfermedad y participación activa en actividades de carácter social.

2.2 Plasticidad.

Por plasticidad cerebral entendemos la capacidad del cerebro para modificar sus estructuras y funciones corticales existentes en respuesta a factores intrínsecos y extrínsecos, experiencia, aprendizaje, entrenamiento, estimulación o lesión (Cai, Chan, Yan y Peng, 2014).

La neurociencia cognitiva ha dado lugar a nuevas teorías del envejecimiento cognitivo que se centran en mecanismos funcionales o estructurales para explicar el rendimiento cognitivo deficiente y preservado en las personas mayores. En el estudio de Reuter-Lorenz y Park (2010), se revisa la aparición de una nueva generación de teorías de neurociencia cognitiva que incorporan aspectos de plasticidad y compensación como factores clave para comprender el envejecimiento de la mente. En esta revisión se destaca que el envejecimiento psicológico resulta de los efectos combinados de la plasticidad negativa y positiva, siendo la plasticidad negativa la disminución de la capacidad cognitiva debido a la atrofia o deterioro de las conexiones sinápticas, mientras que la plasticidad positiva se asocia con el crecimiento y amplitud de dichas conexiones. La capacidad de plasticidad positiva está demostrando ser más frecuente e integral para el envejecimiento mental de lo que se reconoce previamente. La neurociencia humana y los enfoques genéticos son muy prometedores, ya que se acercan al descubrimiento de las bases del envejecimiento exitoso y de las nuevas formas de promover la plasticidad positiva.

En relación con esto último, Kinugawa (2019) afirma que el desarrollo cognitivo en la edad adulta y la vejez difiere sustancialmente de una persona a otra y es maleable en los individuos. Además, afirma que mantener las capacidades cognitivas en la vejez y posponer o prevenir las patologías que conducen a un diagnóstico de demencia, son objetivos clave para la ciencia y la sociedad. Existe la necesidad de intervenciones tanto no farmacológicas como farmacológicas para mejorar la cognición y la plasticidad cerebral en personas mayores sanas, así como retrasar el deterioro cognitivo en pacientes con demencia.

Gervain et al. (2013) exponen que las regiones del cerebro que son particularmente plásticas y proporcionan el sustrato para un nuevo aprendizaje, como el hipocampo, también son particularmente vulnerables a factores de riesgo como el estrés, la interrupción del sueño y las condiciones vasculares, que son modificables. La combinación de intervenciones farmacológicas y conductuales puede incidir sobre la plasticidad en la edad adulta y la vejez.

2.3 Comprensión de la morbilidad/mortalidad.

Fries (1980) afirmó que la longevidad humana se limitaba a un promedio de 85 años. Él creía que era posible, a través de la adopción de buenas prácticas de salud, retrasar la aparición de enfermedades crónicas y reducir la tasa de mortalidad antes de los 70 años. Esta visión se basaba en gran medida en el modelo de rectangularización de la curva de supervivencia, propuesta originalmente por Comfort en 1964 (como se cita en Robine, 2019).

Comfort observó que cuanto más se desarrolla un país, más se rectangulariza su curva de supervivencia. Lo cual se traduce en un proceso por el que la disminución de las tasas de mortalidad en las edades más altas, en realidad está posponiendo las muertes. Las personas mayores no mueren menos, pero mueren más tarde y esto afecta directamente a la longevidad de la especie humana. Es por ello por lo que uno de los principales objetivos gerontológicos debería ser un aumento correspondiente en la duración de la salud y el mantenimiento de la funcionalidad completa lo más cerca posible al final de la vida.

2.4 Mecanismos de selección, optimización y compensación.

El modelo de Baltes y Baltes (1990) se encuentra estrechamente relacionado con el término de envejecimiento exitoso. Se trata del Modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC), el cual se basa en el supuesto de que, a lo largo de la vida, las personas se enfrentan a diferentes oportunidades y limitaciones. Estas se pueden afrontar de manera adaptativa mediante la orquestación de los tres componentes que dan nombre al modelo: la selección, la optimización y la compensación.

El concepto de selección hace referencia a la limitación que la persona lleva a cabo de sus propios objetivos vitales ajustándose a las circunstancias reales. La optimización se refiere a la asignación de recursos internos o externos como medios para lograr dichos objetivos que previamente han sido seleccionados. Finalmente, la compensación tendría que ver con el modo en el que la persona se enfrenta a la pérdida de recursos o la disminución de los medios que permiten alcanzar dichos objetivos (Freund y Baltes, 1998).

Por lo tanto, y como indica Izquierdo (2007), según este modelo, envejecer con éxito estaría relacionado con tener estrategias de selección, optimización y compensación que permitan a la persona que está en un proceso de envejecimiento alcanzar los objetivos marcados a pesar de la posible disminución de medios que permiten conseguirlos.

3. La resiliencia en el envejecimiento.

A lo largo del ciclo vital, las personas deben ir realizando adaptaciones con la meta de alcanzar una mayor y mejor satisfacción consigo mismo y con el entorno. En concreto, las personas mayores se encuentran en un momento vital que va asociado a un conjunto de cambios físicos, psicológicos y sociales. Es una época susceptible de la aparición de situaciones estresantes, como, por ejemplo: pérdida de seres queridos, cambio en el rol social, disminución de capacidades físicas o sensoriales, etc. El modo en el que las personas mayores se ajustan a todos estos cambios está muy relacionado con el constructo de resiliencia.

Uriarte (2014) habla de “mayores resilientes” para referirse a aquellos que, una vez llegados a dichas etapas avanzadas de la vida, han sido capaces de realizar un ajuste en el ámbito personal y social, preservan un nivel de funcionamiento en las distintas áreas vitales y poseen satisfacción vital.

En concreto, cuando hablamos de resiliencia como constructo psicológico, es definida como la capacidad de adaptación positiva por parte de las personas a situaciones de adversidad (Uriarte, 2005). Otra definición es la aportada por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), en la cual se establece que es el proceso de adaptarse correctamente a la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o las fuentes importantes de estrés (por ejemplo, conflictos familiares o relacionales, problemas de salud graves, estrés laboral o financiero, etc.) En otras palabras, tendría que ver con la capacidad de "recuperarse" de las experiencias difíciles. La APA (2010) hace hincapié en que “ser resiliente” no significa que una persona no experimente dificultad o angustia. El dolor emocional y la tristeza son comunes en las personas que han sufrido grandes traumas o adversidades. De hecho, es probable que el camino hacia la resiliencia implique un considerable sufrimiento emocional.

Monroy y Palacios (2011), afirman que la resiliencia se compone de una parte innata y otra aprendida. Respecto al componente innato, expresan que se trata de una característica rasgo de la persona, o, dicho en otras palabras, la existencia de fuerzas motivacionales intrínsecas que favorecen la integración de situaciones adversas de manera beneficiosa. Por otro lado, el componente aprendido hace referencia al conjunto de factores de protección ante sucesos estresantes que pueden ser fomentados y desarrollados. Esto último adquiere relevancia si prestamos atención a la relación que existe entre la resiliencia y el envejecimiento exitoso.

Por un lado, podemos encontrar una relación entre la dimensión de afecto positivo y control del envejecimiento con éxito y la resiliencia. Autores como Cabanyes (2010) destacan que la resiliencia puede modificar la relación existente entre las emociones positivas y la satisfacción vital de la persona. Se ha observado que aquellas personas que manifiestan una mayor satisfacción vital tienen también una mayor capacidad resiliente, que contribuyen a dicho sentimiento de satisfacción.

Por otro lado, la resiliencia se ha relacionado en algunas investigaciones (Pascual, 1996; Triadó, 2001) con un concepto mencionado anteriormente, la plasticidad neuronal. Considerando dicha plasticidad como la capacidad para desarrollar procesos cerebrales que favorecen la adaptación al entorno. Según señala Uriarte (2014), la resiliencia en la vejez representaría una expresión positiva de dicha característica adaptada a las particularidades de la vida de la persona.

Otro dato relevante es el aportado por Zeng y Shen (2010). En su investigación midieron la resiliencia a través de cuestionarios y llegaron a la conclusión de que esta variable contribuye significativamente a la longevidad. Sus resultados reflejaban que a mayor nivel de resiliencia mayor probabilidad de convertirse en un centenario. Los autores formularon que este hecho podía deberse a que la resiliencia se correlacionaba con una mejor salud física y psicológica, y una mejor salud aumenta la probabilidad de supervivencia. Investigaciones previas a este estudio también respaldan esta explicación. Por ejemplo, Wagnild y Lamond (como se cita en Zeng y Shen, 2010) indicaron que la resiliencia se asoció positivamente con la función física y cognitiva. También hacían alusión a un aspecto que anteriormente ha sido mencionado: las personas resilientes tenían más probabilidades de tener emociones positivas, lo que contribuyó a mejorar la salud y la longevidad de estas.

Estos resultados son de relevancia científica, social y política, pues han otorgado soporte a programas orientados a promocionar la resiliencia de las personas mayores.

4. La religiosidad y el envejecimiento.

En las últimas décadas, ha habido un notable aumento del interés científico sobre espiritualidad y religión, en particular sobre la relación entre estos conceptos con el bienestar psicológico y la salud mental (Bonelli y Koenig, 2013).

Valiente y García (2010) afirman que la religiosidad posee eficacia clínica que abarca desde ámbitos preventivos hasta ámbitos de tratamientos complementarios para ciertas patologías. Precisamente, poniendo el foco en la población en la que se centra este trabajo: la tercera edad, estos autores afirman que la vejez, al ser la etapa previa a la

muerte, genera que la persona mayor se encuentre en un estado de mayor consciencia que el resto de la sociedad respecto a la cercanía del fin de la vida, y se suele producir un proceso de aceptación ante dicha circunstancia.

Kruse y Schmitt (2019) sugieren que la vejez tiene tres posibles fuentes de potencial desarrollo: autorreflexión, apertura a la experiencia o susceptibilidad a nuevas impresiones, experiencias e ideas. Idealmente, los procesos de autorreflexión y revisión de la vida dan como resultado el logro de la integridad del ego, es decir, la conciencia de la identidad y la continuidad en la vida y la capacidad de aceptar la vida como un todo, incluidas las oportunidades perdidas y las aspiraciones y expectativas incumplidas (Erikson y Erikson, 1998).

Antes de señalar las posibles relaciones existentes entre religiosidad y envejecimiento con éxito, cabe destacar la existencia de controversia en el uso de los términos espiritualidad y religión, que a menudo se emplean indistintamente (Koenig, 2012).

Con respecto a la definición apropiada del término espiritualidad, en la investigación empírica, la espiritualidad y la trascendencia se hacen operativas cuando se refieren a comunidades, creencias y compromisos religiosos. La superposición entre espiritualidad y religiosidad se hace evidente en las definiciones respectivas sugeridas por Koenig, King y Carson (como se cita en Kruse y Schmitt, 2019). Según estos autores, la religión implica creencias, prácticas y rituales relacionados con lo trascendente, que además son celebradas o practicadas en entornos privados o públicos, y que, de algún modo, derivan de tradiciones establecidas que se han desarrollado durante un largo periodo de tiempo dentro de una comunidad. Por lo tanto, aportan un entendimiento de la religión como un sistema organizado diseñado: 1) para facilitar la cercanía a lo trascendente, y 2) para fomentar la comprensión de la relación y responsabilidad de los demás al vivir juntos en una comunidad. Del mismo modo, definen la espiritualidad como algo íntimamente conectado con lo sobrenatural y lo místico. Sin embargo, los autores argumentan que la espiritualidad también se extiende más allá de la religión organizada e incluso comienza antes que ella.

En este trabajo nos centraremos en el concepto de religiosidad siguiendo la base teórica detrás de la realización de la escala Duke University Religion Index (DUREL) de Koenig y Büssing (2010). Estos autores tienen en cuenta tres dimensiones principales respecto al estudio de religión, envejecimiento y salud: organizacional, no organizacional, y religiosidad intrínseca o subjetiva. La actividad religiosa organizacional involucra

actividades religiosas públicas como asistir a servicios religiosos primordialmente en grupo (grupos de oración, grupos de estudio de las escrituras, etc.). La actividad religiosa no organizativa consiste en actividades religiosas realizadas en privado (como la oración, el estudio de las escrituras en privado). La religiosidad intrínseca evalúa el grado de compromiso o motivación religiosa personal.

Respecto a la relación entre religiosidad y envejecimiento con éxito, existen diversos estudios que marcan una relación entre esta variable y las siguientes dimensiones de envejecimiento con éxito: salud, funcionamiento físico y funcionamiento cognitivo. Esto se ve corroborado por 2 metaanálisis que muestran que las prácticas religiosas establecen una relación inversa con las tasas de morbilidad y mortalidad (Kark et al, 1996; McCullough et al, 2000). Al igual que autores como Galán (2014), han presentado resultados que muestran que la religiosidad puede influir en la salud física de la propia persona. Otro ejemplo, Snyder (2000), señala que la fe asociada a la religiosidad podría modular el funcionamiento de los sistemas inmunológico y endocrino. A su vez señala que comportamientos basados en creencias religiosas (consumo de tabaco, alcohol, práctica de ejercicio, etc.) podrían incitar hacia conductas que promuevan la salud y disminuyan el riesgo de enfermedad.

Por otro lado, la fe se podría relacionar con esquemas mentales relacionados con la capacidad de responder con una mayor capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes como problemas de salud (Muris y De Jong, 1993). Este estilo cognitivo puede asociarse a la aparición de un estilo de afrontamiento que ayude a tolerar mejor situaciones de dolor o malestar (Ai, Peterson, Tice, Bolling y Koenig, 2004).

Respecto a la relación de la religiosidad con dimensiones como el afecto positivo y control o participación social podemos señalar teorías como la Teoría de la Gerotranscendencia (Tornstam, 2011) postula que, en la vida de la persona, existe una voluntad creciente de incorporar la propia vida en términos de referencia integrales (o "completos"). Tiene que ver con la capacidad de "estar más allá" de uno mismo y abarca el sentimiento de estar absorto en la vida de otras personas (especialmente en la vida de las generaciones más jóvenes), así como el sentimiento de estar incrustado en un contexto extenso u orden cósmico (Rutter, 1987).

Tornstam (como se cita en Kruse y Schmitt, 2019) argumenta que vivir hasta la vejez y enfrentar sus desafíos provoca un cambio en la perspectiva de una visión materialista y racional del mundo a una más trascendente. Este cambio genera a su vez, cambios ontológicos en tres niveles: el nivel trascendental, el nivel personal y el nivel

relacional. El desarrollo de la gerotranscendencia implicaría la experiencia de una redefinición de las relaciones personales y sociales, así como una nueva comprensión de las preguntas existenciales fundamentales. (Kruse y Schmitt, 2019)

La espiritualidad y la trascendencia no solo contribuyen en la vida de la persona como fuente de significado y propósito, sino que también se consideran una parte esencial del bienestar subjetivo (Ryff, 1989). La investigación empírica proporciona evidencia considerable de que la espiritualidad y la trascendencia contribuyen sustancialmente a la calidad de vida percibida, el establecimiento y mantenimiento de la resiliencia, así como a la participación en actividades y relaciones interpersonales. (Kruse y Schmitt, 2019).

5. Objetivos e hipótesis.

Tal y como se ha mostrado en la revisión bibliográfica, nos encontramos con una sociedad cada vez más envejecida y con una población mayor cada vez más numerosa. Este fenómeno es un reflejo de nuestro triunfo como sociedad, que logra mejorar la calidad de vida de la población gracias a la existencia de servicios sanitarios y sociales. Por ello es fundamental prestar atención a todos esos factores que ayudan, no solo a vivir más años, sino a vivir mejor durante esta etapa de la vida.

En este trabajo se busca el análisis de las variables ya mencionadas de resiliencia y religiosidad y comprobar su posible relación con el envejecimiento exitoso y así contribuir en el estudio de cómo promoverlo. En concreto, se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

El primer objetivo, con el fin de poder describir con mayor precisión nuestra muestra, consiste en observar si existen diferencias significativas entre los diferentes grupos considerados según las variables sociodemográficas (sexo, estado civil y practicante de creencias religiosas) en la variable de envejecimiento con éxito. Dado que se han encontrado datos contradictorios sobre las diferencias en envejecimiento con éxito en función del sexo resulta interesante estudiarlas. Respecto a la hipótesis que se plantea en relación con el estado civil, se espera encontrar que aquellos sujetos “casados o en pareja” estarán envejeciendo mejor. Y, por otro lado, se esperan mayores puntuaciones en envejecimiento exitoso en los sujetos practicantes de creencias religiosas.

El segundo objetivo de este trabajo es observar la relación existente entre las variables de resiliencia, religiosidad y satisfacción vital con el envejecimiento con éxito. Así como poder observar la relación entre las dos primeras variables mencionadas. Teniendo en cuenta lo mostrado en la revisión bibliográfica, esperamos encontrar que

aquellas personas que presenten mayores puntuaciones en envejecimiento con éxito, mostrarán mayores puntuaciones tanto en resiliencia como en religiosidad.

El tercer objetivo se centra, precisamente, en estas dos últimas variables, y atendiendo a los estudios revisados que muestran que la fe puede relacionarse con esquemas mentales asociados con la capacidad de afrontamiento, resulta interesante contemplar la posible relación entre ambas, esperando encontrar también una relación significativa. De tal modo que, aquellos sujetos que presenten puntuaciones altas en resiliencia, también presentarán puntuaciones elevadas en religiosidad.

El último objetivo consiste en estudiar la posible relación existente entre las variables de religiosidad y resiliencia con una de las dimensiones de la escala de envejecimiento con éxito. En concreto, se analizará la relación de estas variables con la dimensión de Gerovida. En este sentido, también se espera encontrar relaciones estadísticamente significativas entre las variables mencionadas. Es decir, que a mayor religiosidad o a mayor nivel de resiliencia, mayores puntuaciones en Gerovida.

Método

1. Participantes.

La muestra (N=116) está conformada por personas con edades iguales o superiores a los 65 años (M = 72.11; DT = 7.40) residentes en España. La muestra contaba con 71 mujeres (61.2%) y 45 hombres (38.8%).

Respecto al estado civil de los participantes, el 2.6 % estaba soltero/a (N=3), el 8.6% estaba separado/a o divorciado/a (N=10), el 19 % estaba viudo/a (N=22) y el 69.8 % estaba casado/a (N=81).

Por otro lado, del 70.7% de la muestra que se consideraba creyente (N=82), el 61% afirmaba tener prácticas religiosas (N=50), el 24.4% respondía a veces (N=20) y el 14.6% no llevaba a cabo prácticas religiosas (N=12).

Los criterios de exclusión fueron: edad inferior a 65 años y presentar un diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia.

2. Instrumentos.

Tabla 1

Variables del estudio e instrumentos de evaluación

<i>Variables</i>	<i>Instrumentos de evaluación</i>
Envejecimiento con éxito	Escala Successful Aging Inventory (SAI; Troutman, Nies, Small, y Bates, 2011; Gutiérrez, Tomás y Calatayud, 2018; Gallardo et al., 2017).
Satisfacción vital	Escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985; Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000)
Resiliencia	Escala de Resiliencia (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004; Limonero et al., 2014)
Religiosidad	The Duke University Religion Index (DUREL; Koenig y Büssing, 2010; Reyes et al., 2014)

Envejecimiento con éxito, medido a través de la Escala Successful Aging Inventory (SAI; Troutman, Nies, Small, y Bates, 2011).

Se ha utilizado la validación de la escala Successful Aging Inventory (SAI) en población española (Gutiérrez, Tomás y Calatayud, 2018). Esta escala está compuesta por 20 ítems que evalúan cuatro dimensiones: mecanismos de rendimiento funcional (dos ítems), factores intrapsíquicos (siete ítems), espiritualidad (dos ítems) y gerotranscendencia (nueve ítems).

Gallardo et al. (2017), realizan una validación de esta escala, extrayendo los mismos factores, con la diferencia de que a la dimensión de gerotranscendencia la denominan Gerovida (nueve ítems) y la dividen en dos subdimensiones: gerotranscendencia (seis ítems) y propósito/satisfacción vital (tres ítems).

Algunos ejemplos de los ítems presentes son: "Me las arreglo para hacer las cosas que necesito hacer para cuidar mi hogar y cuidar a mí mismo (comer, bañarme y vestirme)"; "Soy bueno pensando en nuevas formas de resolver problemas"; "Siento interés / preocupación por la próxima generación"; "Paso tiempo orando o haciendo algún tipo de actividad religiosa". Los participantes responden en una escala Likert de cinco puntos, desde (1) Muy en desacuerdo hasta (5) Muy de acuerdo. La puntuación obtenida en esta escala puede variar de 0 a 80. Las puntuaciones mayores indican un envejecimiento con éxito.

La validez factorial del SAI se estudió con la especificación teórica de cuatro factores encontrados por Troutman et al. (2011) Los resultados mostraron un ajuste

adecuado: $\chi^2 (164) = 721.554$, $p < .001$; CFI = .944; RMSEA = .068 (.063 - .074). Con respecto al ajuste analítico, las cargas factoriales de los cuatro factores fueron estadísticamente significativas ($p < .01$) y grandes, lo que respalda la adecuación del modelo de cuatro factores. Con respecto a las correlaciones entre los factores, hubo correlaciones bajas entre la espiritualidad y los otros factores, pero correlaciones altas entre el rendimiento funcional, los factores intrapsíquicos y la gerotranscendencia. El Alfa de Cronbach para la escala global fue de .86, con consistencias internas de: .62 para el rendimiento funcional, .87 para los factores intrapsíquicos, .81 para la gerotranscendencia y .80 para la espiritualidad.

Satisfacción vital, medida a través de Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al., 1985)

Se ha empleado la versión en castellano de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) adaptada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). Esta escala evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Consta de cinco ítems tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre (1) Totalmente en desacuerdo y (5) Totalmente de acuerdo. La puntuación total del cuestionario puede ir desde 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción). Posee un único factor y tiene una alta consistencia interna con valores de Alfa de Cronbach, que oscilan entre .84 y .82. (Atienza et al., 2000; Cabañero et al., 2004; Reig et al., 2001).

Resiliencia, medido a través de Brief Resilient Coping Scale (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004)

La versión original en inglés del BRCS tiene cuatro elementos diseñados para capturar tendencias para lidiar con el estrés de una manera altamente adaptativa. En su adaptación al castellano (Limonero et al., 2014) los ítems tienen un formato de respuesta con cinco opciones, donde (1) corresponde a "no me describe en absoluto" y (5) corresponde a "me describe muy bien". La puntuación total oscila en un rango de cuatro a 20, donde los puntajes más altos denotan una mayor capacidad de adaptación resiliente. El BRCS obtuvo una consistencia interna, estimada por el coeficiente Alfa de Cronbach, de .68.

Religiosidad, medida a través de The Duke University Religion Index (DUREL; Koenig y Büssing, 2010)

La escala DUREL posee cinco ítems que miden tres dimensiones de la religiosidad: Organizacional, No organizacional e Intrínseca. En su traducción al español (Reyes et al., 2014) los participantes respondieron en una escala Likert de cinco puntos,

desde (1) No es cierto para mí, hasta (5) Definitivamente es cierto para mí. La puntuación total de la escala oscila entre cinco y 27. Siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor religiosidad. Se ha identificado una confiabilidad de consistencia interna estimada por un Alfa de Cronbach de .78 a .91.

3. Procedimiento.

2.1 Recogida de datos.

Se originó un cuestionario a través de la plataforma de “Formularios de Google” en el cual se incluyeron: el objetivo del cuestionario, las instrucciones de realización, consentimiento informado (participación voluntaria, confidencialidad y derecho a denegar o retirar la autorización), recogida de los datos sociodemográficos (criterios de exclusión, sexo, estado civil, práctica de creencias religiosas) y las escalas y cuestionarios con el mismo orden indicados en el apartado de instrumentos.

Se accedió a la muestra a través de la difusión del cuestionario. Esta difusión se ha realizado de manera online empleando los siguientes recursos: Facebook, Twitter, Whatsapp y correo electrónico. Este modo de divulgación permitió el acceso por parte de los participantes desde cualquier dispositivo móvil, ordenador o Tablet.

2.2 Análisis de datos.

Los datos obtenidos a través del cuestionario han sido analizados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26. Se llevaron a cabo análisis de tipo descriptivo y de frecuencias para conocer las características de la muestra. Previamente a realizar el análisis de los datos se comprobó el supuesto de Normalidad a través de pruebas de Kolmogórov-Smirnov. Al realizar estas pruebas los resultados obtenidos mostraron niveles de significación inferiores a 0.05, lo cual significa que no se cumple el supuesto de normalidad y por lo tanto se realizaron pruebas no paramétricas de correlación de Spearman para determinar la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre las variables del estudio. El tamaño del efecto empleado para obtener la magnitud de las relaciones fue R^2 .

También se llevaron a cabo comparaciones entre los grupos considerados según las variables sociodemográficas en las diferentes variables para conocer si existían diferencias significativas. Para ello, se comprobó previamente el supuesto de normalidad a través de pruebas de Kolmogórov-Smirnov y los valores de significación fueron, para todas las variables, inferiores a 0.05 por lo tanto se realizaron pruebas no paramétricas de

U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. En este caso de empleo el R de Rosenthal para hallar la magnitud de dichas diferencias.

Resultados

Diferencias en el Envejecimiento con Éxito según las variables sociodemográficas.

En primer lugar, para analizar las diferencias en envejecimiento con éxito en función del sexo de los participantes se aplicó la prueba U de Mann Whitney. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (U = 1477, p = 0.49, r = -0.06).

Por otro lado, para el análisis de las diferencias en envejecimiento exitoso entre los demás grupos considerados según las variables sociodemográficas (estado civil, creyente y practicante de creencias religiosas) se empleó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni entre los participantes con distinto estado civil ($\chi^2(3) = 6.15$, p = 0.10), ni entre aquellos que se consideraban practicantes, practicantes usuales o no practicantes ($\chi^2(2) = 4.57$, p = 0.10).

Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el envejecimiento con éxito entre aquellas personas que se consideraban creyentes, aquellas que no y aquellas que no lo sabían ($\chi^2(2) = 7.44$, p = 0.02). No obstante, para poder determinar las diferencias entre estos tres grupos se realizaron pruebas dos a dos comparando por pares los grupos utilizando la prueba U de Mann Whitney. En este caso no se obtuvieron diferencias significativas entre ninguno de los grupos., y por lo tanto no se puede confirmar nuestra hipótesis inicial.

Análisis de la relación entre las variables consideradas.

Con referencia a la primera hipótesis de este trabajo, nuestros resultados muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de *resiliencia*, por un lado, de *religiosidad* por otro lado y *el envejecimiento con éxito*, siendo en ambos casos positiva y alta. De manera que puntuaciones elevadas en resiliencia, así como en religiosidad, se asocian con mayor nivel de envejecimiento exitoso (ver tabla 2).

Esta hipótesis también contemplaba la relación entre la *satisfacción vital* y *envejecimiento con éxito*. Los resultados reflejan una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, siendo positiva y moderada, es decir, que, a mayor satisfacción vital, mayor nivel de envejecimiento exitoso (Ver tabla 2).

Por otro lado, se esperaban encontrar también relaciones significativas entre las variables de *religiosidad* y *resiliencia*, sin embargo, no se han podido demostrar dichas relaciones.

El análisis de las variables de *religiosidad* y de *resiliencia* con la dimensión de *Gerovida* de la escala de envejecimiento con éxito muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables y la dimensión mencionada, siendo la relación con religiosidad positiva y moderada, lo que indica que, a mayores puntuaciones en religiosidad, mayores niveles de Gerovida. Por otro lado, mayores puntuaciones en resiliencia corresponden también con un mayor nivel en Gerovida, siendo la magnitud de esta relación alta (Ver tabla 2).

Tabla 2

Correlaciones Rho de Spearman de las variables Envejecimiento con Éxito, Religiosidad, Resiliencia, Satisfacción vital y Gerovida

	Gerovida	Resiliencia	Religiosidad	Satisfacción vital
	$R_s(R^2)$	$R_s(R^2)$	$R_s(R^2)$	$R_s(R^2)$
Envejecimiento exitoso	0.43**(0.18)	0.66**(0.40)	0.43**(0.18)	0.50**(0.25)
Religiosidad	0.43**(0.18)	0.10(0.01)		
Resiliencia	0.57**(0.32)			

Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

Estudio descriptivo de una muestra de personas mayores en España.

En primer lugar, al comparar las características sociodemográficas de nuestra muestra con los datos aportados por el INE (2019), se observa que la proporción de hombres y mujeres en nuestra muestra difiere levemente de la observada en la población española (Ver figura 2). Por otro lado, y en cuanto al estado civil, las proporciones también son bastante similares, aunque se encuentran mayores diferencias en los grupos de *Casado/a* y *Viudo/a* (Ver figura 3).



Figura 2: proporción de hombres y mujeres en nuestra muestra (izquierda) y en la población española (derecha).



Figura 3: proporción en función del estado civil en nuestra muestra (izquierda) y en la población española (derecha).

El estudio realizado para ver si el *envejecimiento con éxito* está relacionado con las variables sociodemográficas de *sexo* y *estado civil*, no ha podido verificar dichas relaciones.

No se han encontrado diferencias relevantes en el modo en el que envejecen las mujeres respecto al modo en el que lo hacen los hombres. Estos datos concuerdan con los hallados en otras investigaciones de población colombiana y estadounidense (Curcio et al., 2018; McLaughlin et al., 2009) y con los hallados en población española (Martina et al., 2019; Torregosa, 2019). En cambio, en la investigación de Fernández-Ballesteros et al. (2010) el sexo masculino fue el predictor más importante de envejecimiento con éxito. Tampoco se hallaron diferencias en función del *estado civil*. Las opciones de selección presentadas en el cuestionario eran: “soltero/a”, “casado/a - en pareja”, “viudo/a” y “divorciado/a - separado/a”. Basándonos en los datos obtenidos por Alaminos y Ayuso (2015), que concluyen que las personas mayores que viven solas, están solteras o viudas tienen una mayor probabilidad de fallecimiento, se esperaba hallar que aquellos sujetos “casados o en pareja” obtuviesen mejores puntuaciones en *envejecimiento con éxito*. No obstante, el estado civil no parece ser determinante en este aspecto y se asemeja a los resultados obtenidos por autores como Fernández-Ballesteros et al. (2010) y Martina et al. (2019), que tampoco hallaron diferencias significativas.

Relación del envejecimiento con éxito con la resiliencia y religiosidad.

El principal objetivo de este trabajo era explorar la posible relación entre *resiliencia* y *religiosidad* con *envejecimiento exitoso*, guiándonos por el modelo de 4 pilares de “envejecer bien” de Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2019; Fernández-Ballesteros et al., 2013).

En primer lugar, respecto a la variable *resiliencia*, nuestro estudio ha mostrado una relación significativa con *envejecimiento con éxito*. De tal modo que, los sujetos de nuestra muestra que presentaron puntuaciones más altas en *resiliencia*, también fueron aquellos que estaban envejeciendo mejor. Estos resultados refuerzan lo encontrado por

estudios previos (Moore, 2015; Schure, 2013; Stanko, 2019; Zeng y Shen ,2010) que ya mostraron que la resiliencia está relacionada con una mejor salud física y mental, aumentando la probabilidad de supervivencia. Los estudios mencionados también hallaron relaciones con el envejecimiento exitoso y con una mejor calidad de vida. Esto puede deberse a que las personas mayores con un estilo de afrontamiento resiliente poseen una mejor capacidad para adaptarse a la aparición de situaciones estresantes propias de esta etapa de la vida como, por ejemplo: pérdida de seres queridos, cambio en el rol social o disminución de capacidades físicas o sensoriales (Uriarte, 2014).

Analizando la relación con cada uno de los pilares de envejecer bien, se mostró que esta relación era significativa. Por lo tanto, podemos afirmar que nuestro estudio ha mostrado también una asociación entre *resiliencia* y altos niveles de *afecto positivo* y *control*. Esto último puede influir en el modo en el que las personas mayores gestionan los conflictos y adoptan una actitud de mayor control sobre la propia vida, integrando los aspectos positivos y relativizando los negativos (Uriarte, 2014). Nuestros resultados concuerdan, por lo tanto, con los de Stanko (2019), que mostró que aquellos sujetos que eran más resilientes también tenían una mejor regulación de las emociones negativas y envejecían mejor.

Todo esto adquiere una gran relevancia si atendemos a una de las asunciones básicas en las que se basa el término de *envejecimiento con éxito*: los mecanismos de selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990). Aquellas personas que han mostrado una mayor resiliencia son aquellas que tiene la capacidad, no solo de “resistir” ante las situaciones estresantes, sino también de “construir” y autorrealizarse de un modo positivo (Uriarte, 2005). Esto se ve reflejado en nuestros resultados y se relaciona con los mecanismos indicados anteriormente. En consecuencia, las personas mayores que envejecen mejor, también poseen mayores capacidades para construir y regular su propia vida, adaptándose a las diferentes exigencias que presenta la edad (Izquierdo, 2007).

Por otro lado, centrándonos en la asociación de envejecer bien con la *religiosidad*, los resultados obtenidos reflejan que aquellos sujetos con mayor *religiosidad* también son los que presentan puntuaciones más elevadas en envejecimiento con éxito. La religiosidad puede contribuir como un factor promotor de salud, ya que se relaciona con una mejor salud física y mental y con una mayor longevidad y, por lo tanto, afecta positivamente al modo en el que envejecen las personas (Valiente y García, 2010; Snyder, 2000; Kark et al, 1996; McCullough et al, 2000). Nuestros resultados también se explican a través de lo

reflejado en diferentes estudios en los que se muestra que la religiosidad, en personas mayores, les otorga una mayor sensación de bienestar y contribuye a su crecimiento psicológico (Galán, 2014; Kruse y Schmitt, 2019).

No obstante, no se encontraron mayores puntuaciones en *envejecimiento exitoso* en los sujetos *practicantes* de creencias religiosas. Esta variable se recogió en el cuestionario a través de la pregunta: “¿Se considera practicante?” y por lo tanto estaba basada en la comprensión subjetiva del individuo del término “practicante”. Nuestros resultados parecen contradecirse con las relaciones significativas halladas entre *religiosidad* y *envejecimiento exitoso*. Una posible explicación es que la variable religiosidad también contempla el grado de compromiso o motivación religiosa personal, aspecto que no recogía la pregunta señalada anteriormente.

Todos estos datos nos permiten confirmar la principal hipótesis de nuestro trabajo que afirma que, tanto la *resiliencia* como la *religiosidad* están relacionadas con el modo en el que envejecen las personas, contribuyendo a que este envejecimiento sea, además, exitoso.

Relación de la resiliencia y religiosidad con la dimensión Gerovida.

Centrándonos en la dimensión Gerovida (SAI; Troutman, Nies, Small, y Bates, 2011; Gallardo et al., 2017), que mide *gerotranscendencia* y *satisfacción vital*, los resultados muestran una relación significativa con *resiliencia* y *religiosidad*. Por un lado, nuestro estudio ha mostrado que los sujetos más resilientes obtienen puntuaciones elevadas en *gerotranscendencia*, presentando una mayor capacidad para redefinir relaciones personales y sociales y formularse preguntas existenciales relevantes (Kruse y Schmitt, 2019). Al mismo tiempo que presentan puntuaciones más elevadas en *satisfacción vital*, lo cual concuerda con investigaciones previas (Hamarat et al., 2004; Bueno y Navarro, 2015), que ya mostraron como las personas mayores que presentaban de elevados niveles de satisfacción vital, poseían numerosas estrategias de afrontamiento y eran más resilientes.

En cuanto a su relación con la *religiosidad*, nuestro estudio ha mostrado que aquellos sujetos de la muestra que eran más religiosos, también obtuvieron puntuaciones más altas en *Gerovida*. Se esperaba encontrar este resultado teniendo en cuenta las características culturales de la muestra y las consideraciones de Kruse y Schmitt (2019), que afirman que las sociedades en las que la religión está integrada en la vida social y cultural, son aquellas en las que el desarrollo de la gerotranscendencia se produce con más facilidad.

Por consiguiente, podemos confirmar otra de las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo: existe una relación relevante entre la *religiosidad*, por una parte, y la *resiliencia* por otra, con la dimensión Gerovida

Relación de la satisfacción vital con el envejecimiento exitoso.

En relación con la *satisfacción vital*, cabe destacar los resultados que se han obtenido fruto del análisis de las relaciones existentes entre *envejecimiento exitoso* y la escala SWLS (Diener et al., 1985; Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en diferentes investigaciones que sitúan la *satisfacción vital* como un factor relevante y relacionado con el *envejecimiento exitoso* (Fernández-Ballesteros, 2010; Gallardo et al., 2017; Gutiérrez, Tomás y Calatayud, 2018). Podemos concluir que, aquellas personas que envejecen con más éxito tienen también una experiencia de mayor satisfacción en relación con su propia vida.

Relación de la resiliencia con la religiosidad.

Contrariamente a lo que se esperaba, no se han encontrado relaciones significativas entre *resiliencia* y *religiosidad*. Autores como Kruse y Schmitt (2019) señalan la existencia de evidencia empírica respecto a cómo la espiritualidad contribuye, por un lado, a la calidad de vida subjetiva y, por otro lado, a la resiliencia. Por otra parte, Manning (2013) realizó un análisis sobre la interacción de la espiritualidad y la resiliencia y mostró que, particularmente en la vejez, la espiritualidad puede promover un envejecimiento saludable al fortalecer y mantener la resiliencia. Dado que no se han encontrado estudios que relacionen directamente *religiosidad* con *resiliencia*, el principal motivo de discrepancia entre estas investigaciones y los resultados hallados en este trabajo puede estar relacionado precisamente con la concepción ambigua de los términos *espiritualidad* y *religiosidad*, así como con el modo en el que se miden. Se debe tener en cuenta el hecho de que la religiosidad es una construcción compleja y hay un debate en curso sobre la definición e interpretación de dicho concepto, así como de la delimitación con el concepto de espiritualidad. Autores como Sánchez, Sierra, y Zárata (2014), sostienen que la espiritualidad y la religiosidad son constructos distintos, sin embargo, otros autores como Lazenby et al. (2011) afirman que ambos conceptos son lo mismo. Estas discrepancias en los resultados de sus investigaciones tienen que ver con el lenguaje empleado en los diferentes instrumentos de medida, por ejemplo, en la escala que usan Sánchez, Sierra, y Zárata (2014) para medir espiritualidad, no se incluían las palabras: “Dios” ni “Religión”, mientras que sí estaban presentes en la escala de religiosidad. Estas palabras también aparecen en la escala empleada en este trabajo para medir dicha variable

(DUREL; Koenig y Büssing, 2010; Reyes et al., 2014). De cara a futuras líneas de investigación sería interesante estudiar con mayor profundidad ambos constructos con el objetivo de poder definirlos mejor, y, de ese modo, elaborar instrumentos de medida más precisos.

Este trabajo presenta un conjunto de limitaciones que se deben tener en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, a pesar de que la muestra está constituida por población española, las respuestas de los participantes no recogían la localización de los sujetos, por lo que no se puede saber con exactitud si hubo alguna comunidad autónoma predominante. Este hecho, unido al tamaño de la muestra (N=116) dificulta la generalización de los resultados a toda la población española.

En segundo lugar, el criterio principal para la selección de la escala DUREL (Koenig y Büssing, 2010; Reyes et al., 2014) fue su brevedad. Por ello, de cara a futuras investigaciones, se podría utilizar en combinación con otras escalas de religiosidad, con el fin de obtener datos más precisos y fiables (Hill, 1999).

Por último, el método seleccionado para el análisis de las principales variables del estudio es correlacional. Este tipo de análisis no permite el establecimiento de conclusiones causales entre las variables. Dicho de otro modo, los resultados ofrecidos en este trabajo reflejan relaciones estadísticamente significativas entre la *resiliencia* y *religiosidad* y el *envejecimiento con éxito*, pero no podemos saber si, por ejemplo, la religiosidad conduce a envejecer mejor o el hecho de envejecer con más éxito supone el desarrollo de la capacidad gerotranscendente.

A pesar de las limitaciones presentadas, este trabajo nos permite reflexionar sobre la importancia de las relaciones halladas y extraer una serie de conclusiones:

Los resultados reflejan que aquellas personas mayores *resilientes*, es decir, que han presentado una mayor capacidad para adaptarse a las situaciones estresantes, no solo de la vejez, sino también de la vida, han envejecido de mejor manera. Preservando en mayor medida la salud física y cognitiva, el afecto positivo y el control sobre su propia vida y manteniendo una participación social activa. Estos datos adquieren gran relevancia si se contemplan dentro de un marco social, en el cual se pueda seguir explorando de qué manera atender a esta variable y como trasladarlo al fomento de la salud y el envejecimiento exitoso en la población.

Del mismo modo sucede con *la religiosidad*. A pesar de que es una variable menos estudiada, este trabajo puede contribuir a fomentar el interés en la consideración de la religión como un componente importante dentro de los modelos de atención

psicogeriatrica, como propone Galán (2014). Por último, y de cara a futuras investigaciones dentro del ámbito del envejecimiento con éxito, sería interesante seguir estudiando otras posibles variables que puedan ayudar, no solo a vivir durante un mayor número de años, sino a vivir de una manera más plena y satisfactoria durante esta etapa de la vida.

Referencias

- Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S. F., y Koenig, H. G. (2004). Faith-based and Secular Pathways to Hope and Optimism Subconstructs in Middle-aged and Older Cardiac Patients. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 435–450. doi:10.1177/1359105304042352
- Alaminos, E., y Ayuso, M. (2015). Una estimación actuarial del coste individual de las pensiones de jubilación y viudedad: Concurrencia de pensiones del Sistema de la Seguridad Social español. *Estudios de Economía Aplicada*, 33(3), 817-838. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/282357052_Una_estimacion_actuarial_del_coste_individual_de_las_pensiones_de_jubilacion_y_viudedad_Concurrencia_de_pensiones_del_Sistema_de_la_Seguridad_Social_espanol
- American Psychological Association. (2010). The road to resilience. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I., y García, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72712226>
- Baltes, P., y Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes y M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511665684.003
- 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(2), 123–135. doi:10.1159/000067946
- Bonelli, R. M., y Koenig, H. G. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657–673. doi:10.1007/s10943-013-9691-4
- Boswell, G. H., Kahana, E., y Dilworth-Anderson, P. (2006). Spirituality and Healthy Lifestyle Behaviors: Stress Counter-balancing Effects on the Well-being of Older

- Adults. *Journal of Religion and Health*, 45(4), 587-602. doi: 10.1007/s10943-006-9060-7
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145–151. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003
- Cabañero, M.J., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A. y Tosal, B., (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3017.pdf>
- Cai, L., Chan, J. S. Y., Yan, J. H., y Peng, K. (2014). Brain plasticity and motor practice in cognitive aging. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6. doi:10.3389/fnagi.2014.00031
- Curcio, C., Pineda, A., Quintero, P., Rojas, Á., Muñoz, S., y Gómez, F. (2018). Successful Aging in Colombia: The Role of Disease. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141880405. doi:10.1177/2333721418804052
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Erikson, E. H., y Erikson, J. M. (1998). *The Life Cycle Completed (Extended Version)*. Nueva York, Estado Unidos: W. W. Norton.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., y Kalache, A. (2013). Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1–4. doi:10.1155/2013/298012
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini, R., y Santacreu, M. (2013). The semantic network of aging well. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 79-107. doi: 10.1891/0198-8794.33.79
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J., y Benetos, A. (2019). Introduction: Some Traits about This Handbook of Successful Aging. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 1-5). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316677018.001
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). The Concept of Successful Aging and Related Terms. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. M. Robine (Eds.), *Cambridge Handbooks of Psychology* (pp. 6–22). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini, R., y Santacreu, M. (2013). The semantic network of aging well. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 79-107. doi:10.1891/0198-8794.33.79
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4) 641–647. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515016>
- Freund, A. M., y Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531–543. doi:10.1037/0882-7974.13.4.531
- Galán, J. M. (2014). Espiritualidad y final de la vida. In J. M. Marín, F. J. García, y A. Salinas (Eds.), *Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Málaga* (pp.40–52). Málaga, España: Sociedad Andaluza de Geriatria y Gerontología.
- Gallardo, L., Cuadra, A., Cámara, X., Gaspar, B., y Sánchez, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista médica de Chile*, 145(2), 172-180. doi: 10.4067/s0034-98872017000200004
- Gervain, J., Vines, B. W., Chen, L. M., Seo, R. J., Hensch, T. K., Werker, J. F., y Young, A. H. (2013). Valproate reopens critical-period learning of absolute pitch. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 7. doi:10.3389/fnsys.2013.00102
- Gove, W. (1973). Sex, Marital Status, and Mortality. *American Journal of Sociology*, 79(1), 45-67. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/18426985_Sex_Marital_Status_and_Mortality
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., y Calatayud, P. (2018). Contributions of Psychosocial Factors and Physical Activity to Successful Aging. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. doi:10.1017/sjp.2018.27
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrocky, K.M., Steele, D., y Matheny, K.B. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27, 181-196. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/12006619_Perceived_Stress_and_Coping_Resource_Availability_as_Predictors_of_Life_Satisfaction_in_Young_Middle-Aged_and_Older_Adults

- Hansen-Kyle, L. (2005). A Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum*, 40(2), 45–57. doi: 10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x
- Hill, P. C., y Hood, R. W. (Eds.). (1999). *Measures of religiosity* (pp. 119-58). Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Instituto Nacional de Estadística (1 de enero, 2019). INEbase / Sociedad / Nivel, calidad y condiciones de vida / Índice de Precios de Consumo. Recuperado 29 de enero, 2020, de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/a2018/10/>
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2), 67–86. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>
- Johnson, K. J., y Mutchler J. E. (2013). The emergence of a positive gerontology: from disengagement to social involvement. *Gerontologist*, 54 (1), 93–100. doi:10.1093/geront/gnt099
- Kark, J. D., Shemi, G., Friedlander, Y., Martin, O., y Blondheim, S. H. (1996). Does Religious Observance Promote Health? Mortality in Secular vs. Religious Kibbutzim in Israel. *American Journal of Public Health*, 86(3), 341–346. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.86.3.341>
- Kinugawa, K. (2019). Plasticity of the Brain and Cognition in Older Adults. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 110-130). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316677018.009
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–33. doi:10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G., y Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1(1), 78–doi:10.3390/rel1010078
- Kruse, A., y Schmitt, E. (2019). Spirituality and Transcendence. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 426-454). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316677018.025
- Lazenby, M., Khatib, J., Al-Khair, F., y Neamat, M. (2011). Psychometric properties of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp) in an Arabic-speaking, predominantly Muslim population. *Psycho-Oncology*, 22(1), 220-227. doi: 10.1002/pon.2062

- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M. J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V. G., Wallston, K. A., y Gómez-Benito, J. (2014). Evidence for Validity of the Brief Resilient Coping Scale in a Young Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*. doi:10.1017/sjp.2014.35
- Manning, L. K. (2013). Navigating Hardships in Old Age. *Qualitative Health Research*, *23*(4), 568-575. doi: 10.1177/1049732312471730
- Martina, M., Amemiya, I., Piscocoya, J., Pereyra, H., y Moreno, Z. (2019). Percepción del envejecimiento exitoso en docentes de una facultad de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, *80*(2), 167-172. doi:10.15381/anales.802.16411
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., y Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, *19*(3), 211–222. doi:10.1037/0278-6133.19.3.211
- McLaughlin, S. J., Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W., y Roberts, J. S. (2009). 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*, *65B* (2), 216-226. doi:10.1093/geronb/gbp101
- Miralles, I. (2011). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y Sociedad*, *15*(16), 137-161. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3873/387334688009>
- Monroy, B. G., y Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, *34*, 237-246. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n3/v34n3a7.pdf>
- Moore, R. C., Eyler, L. T., Mausbach, B. T., Zlatar, Z. Z., Thompson, W. K., Peavy, G., Fazeli, P.L., y Jeste, D. V. (2015). Complex Interplay Between Health and Successful Aging: Role of Perceived Stress, Resilience, and Social Support. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(6), 622-632. doi: 10.1016/j.jagp.2014.08.004
- Muris, P., y De Jong, P. (1993). Monitoring and perception of threat. *Personality and Individual Differences*, *15*(4), 467–470. doi:10.1016/0191-8869(93)90075-e
- Bueno, B., y Navarro, A. B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, *31*(3), 1008. doi: 10.6018/analesps.31.3.172481

- Organización Mundial de la Salud. (2018, 5 febrero). Envejecimiento y salud. Recuperado 5 septiembre, 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Pascual, I. (1996). Plasticidad cerebral. *Revista de neurología*, 24(135), 1361-1366. Recuperado de <http://psicomag.com/biblioteca/1996/Plasticidad%20Cerebral.pdf>
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R.I., y Richart, M. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante: publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Reuter-Lorenz, P. A., y Park, D. C. (2010). Human Neuroscience and the Aging Mind: A New Look at Old Problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (4), 405–415. doi:10.1093/geronb/gbq035
- Reyes, M., Rivera, E., Ramos, A., Rosario, E., y Rivera, C. (2014). Desarrollo y validación de una escala para medir religiosidad en una muestra de adultos en puerto rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2332/233245622005>
- Robine, J. (2019). Successful Aging and the Longevity Revolution. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 27-38). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781316677018.004
- Rowe, J., y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. doi:10.1126/science.3299702
- Rowe, J. W., y Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Rubio, R., Muñoz, R., Cerquera, A., y Pinzón, E. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Perspectivas en Psicología*, 7(2), 307–319. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922761008>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069

- Sánchez, R., Sierra, F., y Zárata, K. (2014). ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(2), 62-68. doi:10.1016/j.rccan.2014.04.002
- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.
- Schure, M. (2013). The Association of Resilience with Mental and Physical Health among Older American Indians: The Native Elder Care Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41. doi: 10.5820/aian.2002.2013.27
- Sinclair, V. G., y Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. doi: 10.1177/1073191103258144
- Snyder, C. R. (2000). The Past and Possible Futures of Hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11–28. doi:10.1521/jscp.2000.19.1.11
- Stanko, K. (2019). *Examining Successful Aging and Resilience After Disasters* (4949). Recuperado de https://digitalcommons.lsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5988&context=gradschool_dissertations
- Tornstam, L. (2011). Maturing in to Gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2), 166–180. Recuperado de <https://thewisdomfactory.net/wp-content/Readings-for-show/Transcendence%20ageing.pdf>
- Torregosa, M. (2019). *Envejecimiento activo, exitoso y saludable, impacto del cuidado y diferencias por sexo/género* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia.
- Troutman, M., Nies, M. A., Small, S., y Bates, A. (2011). The Development and Testing of an Instrument to Measure Successful Aging. *Research in Gerontological Nursing*, 4(3), 221–232. doi:10.3928/19404921-20110106-02
- Triadó, C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos*, 4, 119-133. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/209688.pdf>
- Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-80. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>

- Uriarte, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 67–77. doi:10.1989/ejihpe.v4i2.54
- Valiente, C., y García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153–165. Recuperado de <https://www.viguera.com/sepg/sec/deAutor.php?id=553a126a2133274611645>
- WHO. (2015). *Health and Aging Reports*. Geneva: World Health Organization.
- Zeng, Y., y Shen, K. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2010, 1–9. doi: 10.1155/2010/52569