

Salvador Alberola^{1,2}
 Amparo Oliver¹
 José Manuel Tomás¹

1. Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Valencia. Valencia. España.
2. Grupo de Trabajo en Psicogerontología. Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. Valencia. España.

Correspondencia:

Dra. Amparo Oliver
 Facultad de Psicología
 Av. Blasco Ibáñez, 21
 46010 Valencia
 Correo electrónico: oliver@uv.es

Recibido el 14 de noviembre de 2016; aceptado el 1 de diciembre de 2016

Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española

Validation of an intercultural successful aging model in Spanish population

RESUMEN

Aportar evidencia empírica del ajuste del modelo de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki en una muestra española. El modelo contempla como indicadores de buen envejecer satisfacción con la vida y bienestar. Los resultados de la validación del modelo basados en una muestra de 593 adultos mayores cursando estudios *a lo largo del ciclo vital* (tasa de respuesta 77%) señalan como factores más importantes para el envejecimiento con éxito la salud física para la satisfacción con la vida (38%) y el apoyo social o red social (27% para ambos indicadores). Se destaca la importancia de la espiritualidad como elemento cohesionador, con fuertes relaciones con las variables predictoras de envejecimiento exitoso recogidas por el modelo teórico.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento, aprendizaje, satisfacción personal, calidad de vida, diversidad cultural.

ABSTRACT

To provide empirical evidence of the Iwamasa and Iwasaki's successful aging model in a Spanish sample. The model includes as indicators of good aging life satisfaction and well-being. The results of model validation based on a sample of 593 older adults studying Lifespan Learning (response rate 77%) indicates as the most important factors for successful aging physical health for life satisfaction (38%), and social support or social network (27% for both indicators). The importance of spirituality stands out as a cohesive element with strong relations with the predictors of successful aging collected by the theoretical model.

KEYWORDS: aging, learning, personal satisfaction, quality of life, cultural diversity.

■ INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾, entre al año 2000 y el 2050 la proporción mundial de personas mayores de 60 años se duplicará, y pasará del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 en el transcurso de medio siglo. Uno de los modelos internacionalmente más utilizados para entender el envejecimiento es el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn en su revisión de 1997^(2,3), que determina tres componentes interrelacionados para el envejecimiento exitoso: tener una baja probabilidad de sufrir una enfermedad y/o tener una discapacidad, disfrutar de una alta capacidad cognitiva y física, y mantener un alto compromiso con la vida, sin obviar las características individuales y contexto de cada persona.

Los modelos de envejecimiento provenientes de culturas orientales⁽⁴⁾ ofrecen una perspectiva diferente al tradicional enfoque de Rowe y Kahn⁽³⁾, como el modelo de envejecimiento armónico de Liang y Luo⁽⁵⁾ o el modelo de Wang⁽⁶⁾. Uno de los modelos teóricamente más completos es el modelo multidimensional de envejecimiento exitoso Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾. Se seleccionó una muestra de 77 mayores ame-

ricano-japoneses residentes de dos centros para personas mayores de Los Ángeles, California. Se encontró con metodología cualitativa que la dimensión física es la más importante para el bienestar de las personas mayores, seguida de la dimensión psicológica, el apoyo social y la dimensión cognitiva. La espiritualidad y la seguridad financiera se consideraron también importantes componentes de un envejecimiento exitoso.

Estas fueron las definiciones obtenidas en grupos de discusión acerca de las distintas variables que propone el modelo:

Funcionamiento físico: la salud, la dieta, el ejercicio, las actividades y la apariencia física. Los ejemplos específicos de esta dimensión incluyen: mantener una buena salud, no tener dificultades como problemas médicos, etc., hacer ejercicio, vivir cada día con rutinas regulares y comer sano.

Funcionamiento psicológico: varias subcategorías que reflejan afectos positivos y actitudes, el mantenimiento de la independencia, la disposición al cambio, y la apertura a nuevas experiencias. Frases como: "ser feliz", "ser optimista", "no se quejen todo el tiempo" y "tienes que sonreír todo el tiempo y reír", son ejemplos específicos de los participantes afecto y actitudes positivas.

Funcionamiento social: “tener amigos a tu alrededor”, “encontrar a la gente correcta”, “estar cerca de la gente” y “mezclarse con los grupos más jóvenes”. Las subcategorías de recreación y entretenimiento son destacados métodos de optimización de funcionamiento social. La búsqueda de una pareja durante la tercera edad también surgió periódicamente.

Funcionamiento cognitivo: utilizar la mente de uno (por ejemplo, “el cerebro está activo y trabajando todo el tiempo”, “esté alerta”) o el funcionamiento intelectual (por ejemplo, “la buena educación”; “la persona quiere aprender más”); esforzarse en mantener un alto funcionamiento cognitivo de una manera creativa, realizando las tareas y actividades para obtener nuevos conocimientos de manera individual, con frases como: “tienes que leer mucho”, y de manera grupal: “asistir a un taller”.

Espiritualidad: Varias subcategorías: religión, la paz interna, la fe, el aprecio y el comportamiento altruista. En términos de elementos en la religión específica, “ir a la iglesia” o tanto como “orar a Dios”.

Seguridad financiera: se observan dos extremos. “Tiene un montón de dinero” o “el dinero es importante”. Y la idea opuesta: “el dinero no siempre te hace exitoso”, “se puede no tener y sin embargo ser feliz” o “el dinero no lo es todo”. Consenso sobre la importancia de la seguridad financiera (por ejemplo, “alguien con un poco de dinero”, “financieramente estable”).

■ OBJETIVO

Aportar evidencia empírica del ajuste del modelo de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ en una muestra española.

■ MÉTODO

Muestra y procedimiento

En el presente trabajo se ha utilizado un diseño trasversal de encuesta. Una vez se obtuvieron los permisos del Comité de Bioética y la conformidad a participar de los encuestados, se recogieron datos de 593 participantes que cumplieran los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión fueron tener 60 o más años de edad, estar matriculados cursando estudios en los diferentes centros de formación universitaria a lo largo del ciclo vital adscritos a la Universitat de València. La tasa de respuesta fue del 77% respecto al total de matriculados.

Instrumentos

Se recabaron datos de variables sociodemográficas y diversas escalas para evaluar variables de tipo sociológico y psicológico y elaborar así el “Cuestionario de bienestar en personas adultas” que se presentó a los alumnos en formato de cuadernillo de papel en letra claramente legible en DIN A4. El cuestionario es anónimo y la persona tiene aproximadamente 45 minutos para cumplimentarlo. De los instrumentos que conforman el “Cuestionario de bienestar en personas adultas”, en el presente trabajo y según las variables objeto de estudio, se han utilizado para su análisis los datos de las siguientes escalas (tabla 1):

1. *Versión reducida de las escalas de bienestar psicológico de Ryff*^{8,9,10}. Evalúan el bienestar en seis dimensiones: bienestar subjetivo (autoaceptación, dominio del ambiente y uso efectivo de las oportunidades del contexto) y bienestar psicológico (autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con otros, y propósito en la vida). En este trabajo se ha utilizado la versión reducida de 18 ítems de Ryff y Keyes⁽⁹⁾ por tratar-

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables objeto de estudio

Instrumento	Variable	Media	DT
Ryff	Autonomía	3,75	0,559
	Dominio del ambiente	3,52	0,554
	Crecimiento personal	3,80	0,608
	Relaciones positivas	3,44	0,689
	Propósito en la vida	3,25	0,719
	Autoaceptación	3,53	0,649
Indicador de salud	En general, ¿cómo evaluaría su salud durante el último mes?	3,96	0,708
	Salud percibida	3,95	0,713
Autocuidado	A. físico	3,87	0,753
	A. social	3,91	0,735
	A. interno	3,11	1,05
CAE	Autofocalización negativa	2,42	0,759
	Reevaluación positiva	3,52	0,671
	Evitación	2,86	0,861
	Religión	2,41	1,21
	Búsqueda de solución de problemas	3,72	0,649
	Expresión emocional abierta	2,04	0,726
	Búsqueda de apoyo social	3,21	0,852
Lubben	Apoyo social percibido	3,31	0,805
Duke-UNC	Apoyo social íntimo	3,61	0,860
	Apoyo social afectivo	1,401	1,01

CAE: Cuestionario de afrontamiento del estrés; DT: desviación típica.

Tabla 2. Correlaciones entre variables exógenas o predictoras

	1	2	3	4	5
1. Salud	1,00				
2. Afrontamiento	0,412	1,00			
3. Funcionamiento social	0,444	0,591*	1,00		
4. Funcionamiento cognitivo	0,306	0,076	0,055	1,00	
5. Espiritualidad	0,151	0,451*	0,396*	-0,202	1,00

*p < 0,05.

- se de una versión más breve con propiedades psicométricas adecuadas, pues la fiabilidad de la versión de 18 ítems aplicada fue de 0,67.
2. *Indicador general de satisfacción con la vida*⁽¹¹⁾. Ítem general sobre satisfacción con la vida en la medida del bienestar personal. “Actualmente, ¿cómo de satisfecho está con su vida, considerada globalmente?”. Las respuestas podían variar de 1 (nada) a 5 (mucho). Este indicador se ha utilizado en investigaciones previas con propósitos similares y con resultados satisfactorios.
 3. *Escala de autocuidado*⁽¹²⁾. Nueve ítems en escala tipo Likert de 5 puntos que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Evalúa originalmente el autocuidado de los profesionales en tres áreas: autocuidado físico, que se refiere a la implicación en actividades que ayudan a mantener un cuerpo sano; autocuidado interior, que está relacionado con las actividades que ayudan a mantener una mente sana, y la autoatención social, con respecto a las actividades sociales que ayudan al individuo a mantener su salud social. Esta escala ha sido recientemente adaptada y validada en población mayor (Autores, en prensa); la fiabilidad de la escala de autocuidado fue de 0,77.
 4. *Versión reducida del cuestionario de afrontamiento del estrés*⁽¹³⁾. Veintinueve de los 42 ítems que conforman el “Cuestionario de afrontamiento del estrés”, que en estudios exploratorios presentó una estructura factorial de siete componentes focalizados en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. El cuestionario puede emplearse para evaluar el afrontamiento ante momentos específicos de estrés, modificándose las instrucciones. La fiabilidad total de la escala fue de 0,74.
 5. *Escala de apoyo social*⁽¹⁵⁾. Instrumento que mide el aislamiento social de los adultos mayores mediante la medida del apoyo social percibido tanto por los propios familiares como de los amigos (no diferenciando amigos y vecinos). La fiabilidad de la escala en cuanto a su consistencia interna medida con Alfa de Cronbach es de 0,78⁽¹⁶⁾. La escala se estructura en un cuestionario de autoinforme de 12 ítems con cinco anclajes de respuesta para evaluar el tamaño, la cercanía y la frecuencia de contactos de la red social de las personas mayores.
 6. *Adaptación española del cuestionario Duke-UNC-11. Functional Social Support Questionnaire*⁽¹⁷⁾. Medida del apoyo social mediante 11 ítems tipo Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), y el rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. El cuestionario evalúa el apoyo social íntimo (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el apoyo social afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) y la puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Se trata de un cuestionario autoadministrado para población general, en el que, a menor puntuación, menor apoyo percibe la persona. El alfa de la escala fue de 0,90, el de la subescala de apoyo íntimo de 0,88 y el del apoyo afectivo de 0,79. Las correlaciones ítem-escala fueron todas aceptables, lo que demuestra que todos los ítems evalúan aspectos relacionados.
 7. *Indicadores de ocio*⁽¹⁸⁾. Para medir actividades de ocio se han empleado dos indicadores, que son relativamente homogéneos, pues correlacionan 0,26 y que son la frecuencia de realización de ejercicio al aire libre y la frecuencia de salidas vacacionales.
 8. *Indicadores de uso de nuevas tecnologías de la información* (TIC). Cinco cuestiones sobre la frecuencia en que la persona utiliza el ordenador, el teléfono móvil, la tableta, libros digitales u otros elementos tecnológicos (especificar cuál/es). Valores acotados entre 0 (nunca) y 4 (a diario).
 9. *Índice de espiritualidad para personas mayores*⁽¹⁹⁾. Seis ítems que miden la espiritualidad. La consistencia interna (0,94) y los análisis de validez del Índice de espiritualidad demuestran que es un instrumento fiable y válido para evaluar la espiritualidad en relación con los aspectos

cognitivos de la trascendencia de la vida física aplicada a la vida cotidiana en las personas mayores.

10. *Escala SF-8 de salud percibida*⁽²⁰⁾. La Escala SF-8 de la salud percibida evalúa la salud relacionada con la calidad de vida mediante 8 ítems que puntúan en una escala tipo Likert con 5 anclajes de respuesta, generando un perfil de salud que consta de ocho dominios. El SF-8 utiliza una pregunta para medir cada uno de los ocho dominios de la SF-36, y aunque es una versión de uso menos extendido de la escala de 36 ítems desarrollada por el mismo equipo, posee características y comportamientos similares. Esta escala ha sido recomendada por los autores del SF-36 como una medida adecuada en encuestas a poblaciones generales que quieran ser breves a la vez que comprensivas. El valor de alfa para la escala⁽²¹⁾ fue de 0,85.

Análisis estadísticos

En cuanto a los análisis estadísticos, en este trabajo se utilizan estadísticos descriptivos de tendencia central (media y mediana) y de variabilidad (desviación típica). Al no detectarse en la depuración de datos valores extremos, no se requirieron estadísticos robustos de análisis exploratorio de datos para esta descripción de la muestra. La prevalencia de las categorías fue descrita utilizando porcentajes y frecuencias relativas. Para conocer las asociaciones entre las variables implicadas en esta investigación se usaron correlaciones lineales de Pearson.

La adecuación del modelo teórico desarrollado por Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ originalmente en el contexto estadounidense en muestra de personas japonesas americanas fue puesto a prueba en cuanto a su traslación al contexto español. Para ello se usó SPSS 22, y posteriormente el modelo de ecuaciones estructurales se puso a prueba con Mplus 6.11. Este modelo estructural era, en concreto, un modelo de estructuras de covarianza con variables observables e inobservables. Las variables directamente observables fueron los ítems que se han descrito en la sección de instrumentos, y los factores, los seis constructos postulados por Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ y que se intercorrelacionan entre sí, además de dos factores globales: satisfacción con la vida y bienestar, nuestras variables finales u *outcomes* que se pretenden explicar cómo acercamiento al envejecimiento con éxito.

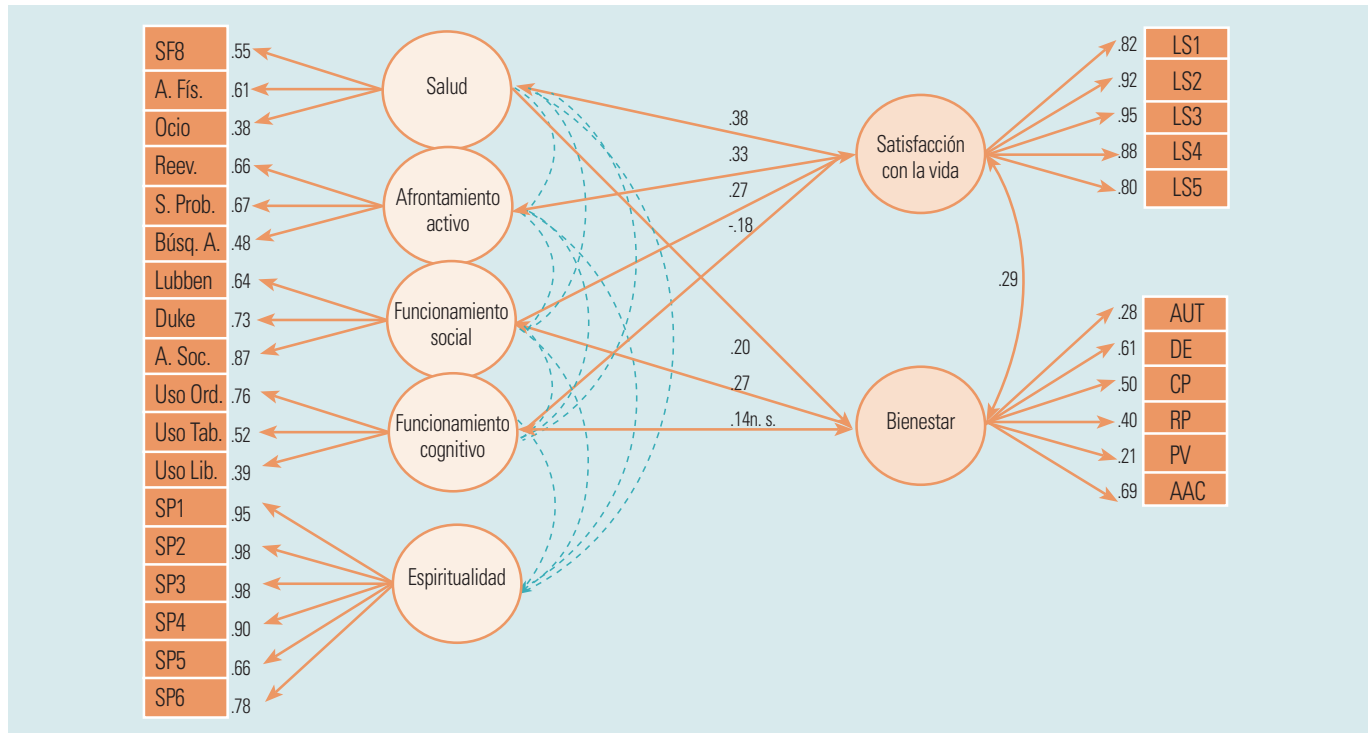
El ajuste del modelo se evaluó mediante diversos criterios como recomienda la literatura: 1) Estadístico χ^2 ; 2) *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), con valores indicativos de 0,90 o incluso de 0,95 según Hu y Bentler (1999) indicativos de un buen ajuste, y 3) el *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA; Steiger y Lind, 1980), con valores de 0,08 o menores como indicativos de un ajuste adecuado. El método de estimación empleado fue máxima verosimilitud con correcciones robustas para los errores estándar dada la naturaleza ordinal y no normal de los datos.

■ RESULTADOS

En cuanto al análisis cuantitativo, se ponen a prueba el modelo de ecuaciones estructurales de Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ y se obtiene un ajuste empírico satisfactorio: [χ^2 (356) = 956,526; $p < 0,001$; CFI = 0,991; TLI = 0,990; RMSEA = 0,053 e IC 90% RMSEA = (0,049-0,057)]. Si atendemos al ajuste analítico (fig. 1), se ve la importancia directa de la salud, el afrontamiento y el apoyo social. La variable salud es la variable más importante para la satisfacción con la vida y tienen mucha importancia en el bienestar. Las variables que más correlacionan con la salud son el funcionamiento social y el afrontamiento activo.

Se observa en la figura 1 que la variable salud y la satisfacción con la vida están fuertemente covariadas, y esta variable es el mejor predictor de satisfacción con la vida. Por otra parte, el funcionamiento social es

Figura 1. Modelo estructural con variables latentes prediciendo satisfacción con la vida y bienestar



A. Fis. = actividad física; A. Soc. = apoyo social; AAC = autoaceptación; AUT = autonomía; Búsq. A. = búsqueda de apoyo; CP = crecimiento personal; DE = dominio del entorno; Duke = adaptación española del cuestionario Duke-UNC-11. *Functional Social Support Questionnaire*; LS (1-5) = indicador general de satisfacción con la vida; Lubben = Escala de apoyo social de Lubben; Ocio = indicadores de ocio; PV = propósito en la vida; Reev = reevaluación positiva; RP = relaciones personales; S. Prob. = solución de problemas; SF8 = Escala SF-8 de salud percibida; SP (1-6) = Índice de espiritualidad para personas mayores; Uso Lib. = uso del libro digital; Uso Ord. = uso del ordenador; Uso Tab. = uso de la tableta. Nota: Los valores de las correlaciones entre variables independientes marcadas con líneas discontinuas se pueden consultar en la tabla 2. Todas las relaciones son estadísticamente significativas con $p < 0,05$, excepto si aparece n.s. = estadísticamente no significativo.

el mejor predictor de bienestar. Para ambos factores, satisfacción con la vida y bienestar, el predictor más fuerte del conjunto es el funcionamiento social. El funcionamiento cognitivo no resultó un predictor estadísticamente significativo de ninguna de las variables dependientes.

En el modelo puesto a prueba (fig. 1) se aprecia que la parte más importante a trabajar y promover para el bienestar percibido es el funcionamiento social y que es muy importante para la satisfacción con la vida. Para afrontamiento activo, se observa importante relación con la satisfacción con la vida, aunque resulta ser una dimensión que no se relaciona con bienestar. El funcionamiento cognitivo correlaciona negativamente con satisfacción con la vida y se relaciona positivamente con bienestar subjetivo, aunque de forma no significativa.

■ DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha encontrado evidencia científica de la adecuación de un modelo explicativo con un elevado número de componentes, desarrollado en otro contexto cultural, para explicar el buen envejecer. Explicar el envejecimiento satisfactorio en un país europeo como España contribuye a identificar cuáles son sus factores clave y visualizar la importancia relativa de cada uno. La variable salud, al igual que en el modelo de Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ en personas mayores japonesas-americanas, es la variable más importante para la satisfacción con la vida y tiene también mucha importancia para el bienestar. Estos resultados van en la línea de los obtenidos en Oceanía por Parslow, Lewis y Nay⁽²²⁾. El fomento del apoyo social, la red de relaciones, el contacto con los demás

aparece también como prioridad en futuras intervenciones. En modelos anteriores ya se había observado la relevancia del factor económico en los nuevos modelos de envejecimiento exitoso fuera del contexto residencial como en el modelo de Lee⁽²³⁾ o el modelo de envejecimiento exitoso de Lee, Lan y Yen⁽¹⁵⁾. La validación en población española de ese modelo⁽²⁴⁾ concluye que en qué forma las personas mayores gestionan su tiempo y actividades de ocio y placer no es un factor tan determinante como en el estudio original de Lee y colaboradores.

En la presente validación del modelo multidimensional de envejecimiento exitoso de Iwamasa e Iwasaki⁽⁷⁾ en población española se observa que la espiritualidad aparece como un factor que da consistencia a los otros factores que se relacionan con la satisfacción con la vida y el bienestar, aunque los resultados no avalen un efecto directo de la espiritualidad sobre la satisfacción con la vida y el bienestar. Aportaciones similares se vienen realizando en variables como esperanza, entendida como autoeficacia⁽²⁵⁾, y es que cada vez más desde la investigación en ciencias sociales y de la salud, nos vamos acercando a una visión del envejecimiento positiva, constructiva y llena de matices culturales ■

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses y esta investigación ha sido aprobada por los comités de ética en investigación con humanos correspondientes, como se informa en la sección de procedimiento.

Agradecimientos

Investigación subvencionada por el proyecto MINECO, convocatoria retos sociales PSI2014-5380R.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. Rowe JW, Kahn RL. "Human aging: usual and successful". *Science*. 1987;237(4811):143-49.
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997; 37(4):433-40.
4. Kending H. The social sciences and successful aging: Issues for Asia-Oceania. *Geriatr Gerontol Int*. 2004;4:6-11.
5. Liang J, Luo B. Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *J Aging Studies*. 2012;26(3):327-34.
6. Wang JJ. A structural model of the bio-psycho-socio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. *J Adv Nurs*. 2011;67(12):2628-36.
7. Iwamasa GY, Iwasaki M. A New Multidimensional Model of Successful Aging: Perceptions of Japanese American Older Adults. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26:261-78.
8. Ryff CD. Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57:1069-81.
9. Ryff C, Keyes CLM. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;69:719-27.
10. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(6):1007-22.
11. Ye S. Validation of the temporal satisfaction with life scale in a sample of Chinese university students. *Social Indicators Research*. 2017;80:617-28.
12. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Benito E. Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*. 2015;18:1-9.
13. Sandín B, Cohort P. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2003;8(1):39-54.
14. González MT, Landero R. Cuestionario de afrontamiento al estrés CAE: validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2007;12(2):189-98.
15. Lubben J, Gironde M. Measuring social networks and assessing their benefits. *Social networks and social exclusion. Sociological and policy perspectives* 2004:20-34.
16. Cuat MI. Relación entre reserva cognitiva, depresión y meta-memoria en los adultos mayores no institucionalizados (tesis): Universitat de les Illes Balears; 2014. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/284342/tics1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996;18:153-63.
18. Lee P, Lan W, Yen T. Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology*. 2011;37(3):210-27.
19. Sánchez M, González C, Robles R, Andrade P. Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*. 2012;20:41-8.
20. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, Gandek B. How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Inc., 2001. p. 4-19.
21. Tomás JM, Galiana L, Gutiérrez M, Sancho P, Oliver A. Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería, España; 2-3 de julio de 2015.
22. Parslow RA, Lewis VJ, Nay R. Successful Aging: Development and Testing of Multidimensional Model Using Data from a Large Sample of Older Australians. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(11):2077-83.
23. Lee JJ. A Pilot Study on the Living-Alone, Socio-Economically Deprived Older Chinese People's Self-Reported Successful Aging: A Case of Hongkong. *Applied Research Quality Life*. 2009;4:347-63.
24. Oliver A, Tomás JM, Galiana L, Sancho P, Pinazo S, Montoro-Rodríguez, J. Evidencia preliminar en contexto español sobre un modelo de envejecimiento de éxito basado en factores psicológicos, físicos, de apoyo social y ocio activo. II Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Almería, España; 2-3 de julio de 2015.
25. Oliver A, Tomás JM, Montoro-Rodríguez J. The mediating Role of Dispositional Hope on Life Satisfaction among Older Adults Attending Lifelong Learning Programs. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;72:80-5.