

Envejecimiento saludable: un primer acercamiento a la revisión de indicadores subjetivos de salud en zonas urbanas y rurales en Costa Rica

Healthy aging: An initial review of subjective health indicators in urban and rural areas in Costa Rica

Mauricio Blanco- Molina¹, María Dolores Castro-Rojas² y Raúl Ortega-Moreno³

¹Universidad Nacional, Costa Rica.

<https://orcid.org/0000-0001-7510-8591>. E-mail: mauricio.blanco.molina@una.ac.cr

²Universidad Nacional, Costa Rica.

<https://orcid.org/0000-0002-3553-9204>. E-mail: dolores.castro.rojas@una.ac.cr

³Universidad Nacional, Costa Rica.

<https://orcid.org/0000-0002-9006-8679>. E-mail: raul.ortega.moreno@una.ac.cr

Esta investigación fue financiada por el Fondo de Apoyo Académico FIDA del año 2017 de la Vicerrectoría de Investigación y la Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica

Escuela de Psicología, Universidad Nacional.
Heredia, Costa Rica

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de una primera aproximación al análisis del efecto moderador del contexto social, cultural y geográfico en indicadores subjetivos del envejecimiento saludable en personas mayores de 46 años residentes en territorios con características diferenciadas en Costa Rica. Se trabajó con una muestra de 305 personas residentes en tres áreas geográficas: una urbana, una semiurbana y una tercera principalmente rural. La diferenciación de las tres zonas se basó en criterios de densidad poblacional, infraestructura y acceso a bienes y servicios. Los indicadores subjetivos del envejecimiento saludable analizados fueron: participación social, apoyo social, salud percibida, espiritualidad, autoeficacia, comportamientos de autocuidado, bienestar

subjetivo (satisfacción con la vida y bienestar psicológico) y estado de ánimo; todas las variables fueron condicionadas por zona de residencia, edad y sexo. Para analizar los indicadores subjetivos se estimó un análisis de covarianza (ANCOVA) o un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA), dependiendo del número de variables dependientes analizadas. En general, se identificaron indicadores subjetivos de envejecimiento saludable altos en las personas participantes del estudio, quienes reportaron altos niveles de participación social, satisfacción con la vida y estados de salud y ánimo positivos. Se encontraron diferencias por edad entre los grupos. Sin embargo, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores subjetivos analizados según la zona de residencia o el sexo. En síntesis, este estudio encontró que los indicadores subjetivos de

envejecimiento saludable analizados eran muy similares en residentes de tres zonas geográficas con características distintas. Estos hallazgos iniciales se discuten desde una perspectiva cultural y geográfica y en relación con los modelos de envejecimiento saludable.

Palabras clave: envejecimiento saludable, contexto, bienestar, diferencias por sexo y edad

Abstract

This review exposes the results of a first approximation to the analysis of the moderator effect of the geographical, social, and cultural context on subjective indicators of healthy aging in the Costa Rican context. Costa Rica is a middle-income democratic country that is in an advanced demographic changing process; this phenomenon makes it one of the aged countries in the Latin American region. Therefore, studying healthy aging becomes relevant in the context of population demographic change in the present and future aging societies. The study compared several subjective indicators of healthy aging among people older than 46 who resided in three different geographical areas in the country. Participants were 305 healthy people from three locations: one urban (Heredia Central City), one semi-urban (Santa Ana Central City), and one mainly rural (Nicoya). Participants completed standardized assessment scales to evaluate social participation, social support, perceived health, spirituality, self-efficacy, self-care behaviors, and subjective well-being (life satisfaction and psychological well-being). All variables were conditioned by geographical zone (urban, semi-urban, and mainly rural), age, and gender. Either Analysis of Covariance (ANCOVA) or Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) were estimated depending on the number of dependent variables analyzed to test the effect of the zone of residence, gender, and age, over the subjective indicator of healthy aging studied. In general, participants evidenced

high scores on subjective indicators such as self-care, social support, spirituality, life satisfaction, and psychological well-being, which have been associated with health and well-being during the aging process. Participants reported high levels of social participation and perceived that they received adequate support for their daily life needs. Likewise, participants evidenced a general state of well-being, a positive state of health, high levels of self-efficacy, and positive moods. Differences were found among the groups by comparing age. However, no significant differences were found in the variables studied related to geographical areas of residence and sex, suggesting invariant comparison evidence by zone of residence and sex.

Nevertheless, the results indicate that the subjective indicators of healthy aging studied are key to promoting healthy aging at the national level. It is considered necessary to improve opportunities for social participation aimed at older adults, to strengthen community and family social networks, to promote socio-economic support such as financial and instrumental support for activities of daily living, and finally emotional support such as listening, empathy and advice.

Although the differences among geographical areas of residence of the people studied were not statistically significant in this study, the evidence suggested a trend of high well-being indicators mainly in the rural areas studied, and particularly more in males than in females. As this study only reached preliminary data, further research must obtain conclusive evidence, as previous research had suggested older people living in rural areas with high longevity indicators in Costa Rica might enjoy unusual environmental characteristics and personal protective factors that could be absent in most of the urban areas in the country. On the other hand, it will be necessary to include the historical and socio-cultural determinants focusing on context-specific review analyses in the mainstream research on healthy aging, even more

in aged countries like Costa Rica. The findings are discussed within the inter-cultural emphasis and healthy aging models in order to contribute to a better understanding of how the context (physical-constructed and social/cultural) influences the differences, although subtle, in the study's variables and participants, and how the process of aging might be different according to the multiple contextual conditions in which people live and adapt their capacities and abilities for coping with daily life demands.

Keywords: healthy aging, successful aging, context, well-being, sex and age differences

Introducción

Los modelos teóricos que buscan describir procesos de envejecimiento saludable incluyen aspectos como mantener una vida satisfactoria y continuar participando plenamente en la sociedad; también incorporan variables asociadas al bienestar subjetivo, la salud percibida y el estado de ánimo (Baltes y Baltes, 1990; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002; Rowe y Khan, 1997). En este sentido, el envejecimiento saludable incluye tanto factores individuales como factores poblacionales y sociales (OMS, 2002), lo que destaca la relación entre la persona y el contexto en el cual envejece.

En Costa Rica, en el año 2020, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud (MINSa), la esperanza de vida al nacer era de 80.6 años (78.1 años para hombres y 83.2 años para mujeres), con lo que se ubica dentro del conjunto de países con esperanza de vida media alta (MINSa, 2018). Asimismo, en relación con la esperanza de vida saludable, que refiere a la esperanza de vida libre de discapacidad, los datos mostraban que en el año 2015 las mujeres vivían 71 años con salud y 10 con enfermedad, mientras que los varones vivían 68 años con salud y 9 años con alguna morbilidad (MINSa, 2018). En términos generales, de acuerdo con estos datos, la población de

Costa Rica se puede describir como longeva y saludable.

En este país se ha identificado una de las cinco regiones denominadas zonas azules, presentes en diferentes partes del mundo, las cuales corresponden a áreas geográficas con una proporción particularmente alta de personas octogenarias, nonagenarias y centenarias. La zona azul de la península de Nicoya (en la Provincia de Guanacaste, en el noroeste del país) se caracteriza porque sus habitantes tienen bajos niveles de marcadores de riesgo de enfermedad cardiovascular, son personas de constitución delgada y alta estatura, presentan menos discapacidades físicas y mentales y bajos marcadores de envejecimiento patológico y estrés, en comparación con la población adulta mayor general del país. Otros factores que se asocian a la alta longevidad en las zonas azules son mantener una vida con sentido, sentir satisfacción con la propia existencia, mantener contacto con la naturaleza, vínculos con la comunidad y la familia, contar con redes de apoyo, tener una vida espiritual activa y un alto sentido de bienestar (Rosero-Bixby et al., 2013).

Indicadores subjetivos de envejecimiento saludable

En el informe mundial sobre envejecimiento y salud de la OMS (2015) se amplió el concepto de envejecimiento saludable y se definió como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30). En esta conceptualización, se enfatiza que no se trata únicamente de envejecer sin enfermedades sino de mantener, durante el mayor tiempo posible, las capacidades necesarias para realizar las actividades que resultan significativas para la existencia personal. En este sentido, el envejecimiento saludable o con éxito estaría definido tanto por componentes objetivos como subjetivos (Feng y Straughan, 2017; Pruchno et al., 2010).

Si bien es cierto que los modelos clásicos

del envejecimiento saludable (OMS, 2015) y del envejecimiento con éxito (Rowe y Khan, 1997) han presentado un marcado énfasis en la capacidad funcional física, la longevidad y estilos de vida saludables, algunos críticos de esa postura han destacado la importancia del bienestar subjetivo como un factor fundamental para este tipo de envejecimiento (Hsu y Jones, 2012; Kahana et al., 2012; Mejía et al., 2017; Pruchno y Carr, 2017). En la literatura científica se encuentran evidencias de que el incremento de la edad se debe acompañar de un incremento en el bienestar subjetivo (Gana et al., 2013; Jeste et al., 2013; Martin et al., 2015).

En una revisión, Rowe y Khan (2015) reconocieron las contribuciones de las teorías del bienestar dejadas de lado por los conceptos básicos de los modelos de envejecimiento con éxito. Principalmente, se destacan las contribuciones del modelo de selección-optimización-compensación (SOC) (Baltes y Carstensen, 1996; Baltes et al., 2005) y la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen et al., 2003), las cuales remarcan el proceso de autorregulación y bienestar socioemocional. En este sentido, el papel de las capacidades psicológicas de reserva socioemocional y los estilos de vida saludables aumentan las oportunidades de evolucionar positivamente durante el proceso de envejecimiento (Jopp y Smith, 2006; Kahana et al., 2014)

Relación de indicadores subjetivos del envejecimiento saludable con sexo y edad

A pesar de la amplia variedad de criterios en las definiciones del envejecimiento con éxito, existe un amplio consenso en definirlo como un concepto multidimensional y complejo que muestra diferencias en relación con el género y la edad (Cosco et al., 2014; Pruchno et al., 2010). En general, las diferencias asociadas a sexo y edad en los indicadores de envejecimiento con éxito están relacionadas con el contexto sociocultural (Fernández-Ballesteros

et al., 2010; Rodríguez-Laso et al., 2017). La evidencia indica que la estabilidad en el apoyo social durante el proceso de envejecimiento es un criterio central para el envejecimiento exitoso. Sin embargo, otros estudios muestran que durante la vejez hay una disminución en el tamaño de la red de apoyo y un aumento de la percepción de apoyo, un proceso de cambio que funciona como estrategia socioemocional para enfrentar los factores estresantes relacionados con la edad (Kahana et al., 2012).

Las diferencias en el apoyo social durante el envejecimiento según el sexo están relacionadas con la forma en que hombres y mujeres otorgan significados distintos a la relación con la familia (parejas, hijos/hijas), amigos, sistemas de apoyo comunitario, y cómo los hombres y las mujeres utilizan su percepción del apoyo y de su red social para enfrentar la soledad, los problemas mentales, los problemas de salud, los problemas sociales y otros problemas relacionados con la edad (Guo et al., 2017; Haines et al., 2008; Houtjes et al., 2014; McLaughlin et al., 2010).

La salud percibida también es señalada en la literatura como un indicador importante para el envejecimiento saludable (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010) y se sugiere que la percepción física o de la condición de salud, tanto mediante indicadores subjetivos como objetivos, está relacionada con el bienestar (Cho et al., 2015). Por otro lado, las diferencias en las personas mayores en la salud percibida según sexo y edad se han relacionado con las diferencias por género asociadas con contextos socioculturales y económicos específicos. También se relacionan con perfiles de salud diferenciados por sexo, que muestran una mayor comorbilidad en las mujeres (del Mar García-Calvente et al., 2012; Oksuzyan et al., 2010). Sin embargo, si se controlan los indicadores de capacidad funcional, discapacidad y enfermedades, las diferencias por sexo se eliminan (Crimmins et al., 2011).

También se ha demostrado que la espiritualidad es un elemento clave del envejecimiento saludable (Cowlshaw et al., 2013; Jordan et

al., 2014). Se evidencia la relación entre la espiritualidad y el bienestar mental en diferentes culturas y en distintas edades (Hilton y Child, 2014; Jordan et al., 2014; Khashab et al., 2015; Yoon et al., 2015). En este sentido, se ha planteado una construcción más amplia de la espiritualidad que abarca múltiples dimensiones como el estado afectivo, el funcionamiento social, la red social, el apoyo social recibido y las relaciones sociales positivas (Tze Pin et al., 2009).

En cuanto a la relación entre el bienestar y la edad, las referencias muestran que a medida que las personas envejecen la satisfacción con la vida y las emociones positivas aumentan, y que los cambios en la satisfacción con la vida se relacionan con problemas de salud y económicos (Steptoe et al., 2015). En cuanto al género, Cheng (2013) ha sugerido que la satisfacción con la vida es un indicador de las diferencias de género, a pesar del hallazgo de que el bienestar disminuyó en las personas mayores. Esta evidencia contradictoria es una invitación a aumentar la investigación y discusión sobre este importante indicador en el envejecimiento saludable.

Los estudios mostrados hasta este punto han enfatizado la relevancia de investigar indicadores subjetivos asociados a los procesos de envejecimiento con éxito y cómo se relacionan con el contexto y la cultura, apuntando a la relevancia del diseño e implementación de intervenciones orientadas a mejorar el bienestar de las personas mayores que se adapten a sus características particulares (Jiménez et al., 2016).

La relevancia del contexto en los estudios sobre envejecimiento saludable

Tomando en consideración los indicadores subjetivos y sus relaciones con el contexto y la cultura es importante señalar que cualquier intento de caracterizar a las personas mayores y sus procesos de envejecimiento debe considerar la diversidad en la población mayor, no

solo en sus estados de salud y funcionales, como lo señala la OMS (2015), sino también en los contextos geográficos, sociales y políticos en los cuales las personas envejecen.

El planteamiento del entorno como un aspecto relevante en el objeto de estudio determina la relevancia de considerar tres variables principales: el territorio, la diferencia rural/urbana e identidad social, y los estilos de vida (Conti, 2016; Meneses, 2019; Vázquez-Palacios, 2013). Estos tres elementos, íntimamente relacionados, permiten una lectura del proceso de envejecimiento en su contexto sociocultural al facilitar la valoración de la dimensión territorial como un aspecto básico a considerar. Ese contexto, sea físico o social, rural o urbano, puede explicar y verse explicado por características y procesos individuales y colectivos de las personas, tales como esperanza de vida, longevidad y propensión a patologías relacionadas con la edad (Fetter et al., 2012, Sánchez-González, 2015); vínculos sociales establecidos, trayectoria familiar o representaciones sociales (Mayero, 2017); o dinámicas vinculadas al género (Mayero, 2017; Meneses, 2019).

El objetivo principal de este artículo es mostrar los resultados de un primer acercamiento realizado para identificar y comparar una serie de indicadores subjetivos de envejecimiento saludable en personas adultas y adultas mayores considerando sus diferentes contextos territoriales de residencia (urbanos, semiurbanos o rurales) en Costa Rica, incluyendo una submuestra de la zona azul de la Península de Nicoya. Así, este estudio preliminar pretende valorar la mediación de la variable territorio (contexto físico, social y cultural) en el proceso de envejecimiento saludable, tomando en consideración variables como la edad y el sexo dada su relevancia en la literatura sobre envejecimiento saludable (Elder y George, 2016; Martin et al., 2015; Mejía et al., 2017).

Cabe destacar que incluir población mayor residente en zonas no urbanas en Latinoamérica y en estudios de envejecimiento salu-

dable, resulta una propuesta innovadora pues históricamente los estudios realizados se han concentrado en población urbana (Caro, 2017; Montreal y Valle, 2010).

Método

Diseño, participantes y procedimiento

El diseño de la presente investigación es de tipo cuantitativo transversal desarrollado en tres muestras intencionales de personas participantes en programas de educación a lo largo de la vida o grupos comunitarios. El Comité Ético Científico de la Universidad Nacional de Costa Rica otorgó su aprobación para el desarrollo de esta investigación (UNA-CE-CUNA-ACUE-26-2017). Previo al inicio del estudio, se solicitó el consentimiento informado a todas las personas participantes. Se recolectó la información en su salón de clases o en instalaciones tranquilas, en sesiones individuales de aproximadamente treinta minutos.

La muestra final consistió en 305 personas, 199 personas del cantón central de Heredia/ Heredia, 54 personas del cantón central de Santa Ana/San José y 53 personas del cantón central de Nicoya/Guanacaste. El rango de edad fue de 46 a 88 años, con una media de 65.58 (DE = 8.24) en la muestra total, un promedio de edad de 64.12 (DE = 7.65) en Heredia (zona urbana), de 68.52 (DE = 9.01) en Santa Ana (zona semi urbana) y de 68.04 (DE = 8.34) en Nicoya, Guanacaste (zona principalmente rural). Con respecto a la distribución por sexo según zona, el 93.5 % fueron mujeres en Heredia, el 79.6 % en Santa Ana y el 94.3 % en Nicoya.

El cantón central de Heredia, zona central del país, es un área urbana con cuadrantes claramente definidos, calles, aceras, servicios urbanos y sólidas actividades económicas (INEC, 2016). El cantón central de Santa Ana, San José, es un área mayormente urbana que combina actividades agropecuarias con la urbanidad. Finalmente, el cantón central de Nicoya, Guanacaste, se considera un área

meramente rural, en la que prevalece la actividad agropecuaria, pecuaria, silvícola y turística y donde se pueden encontrar conglomerados de viviendas y viviendas dispersas (INEC, 2016).

Instrumentos

Las escalas utilizadas midieron constructos asociados a indicadores subjetivos del envejecimiento saludable. Todas las escalas fueron de tipo Likert con rango de respuesta del 1 al 5. A continuación se describen los instrumentos utilizados y las evidencias psicométricas halladas en la muestra estudiada.

Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead et al., 1988)

En el presente trabajo se empleó la adaptación española de Bellón et al. (1996). Se trata de un instrumento autoadministrado de 11 ítems que utiliza una escala tipo Likert, con puntajes desde 1 (*Mucho menos de lo que me gustaría*) a 5 (*Tanto como me gustaría*). El cuestionario evalúa dos dimensiones del apoyo social percibido: apoyo confidencial y apoyo afectivo. En la muestra estudiada mostró una consistencia interna, según el indicador de Alfa de Cronbach, de .93.

Escala SF-8 de Salud Percibida (Ware et al., 2001)

Esta escala evalúa la salud relacionada con la calidad de vida y está compuesta por ocho ítems cuyas respuestas puntúan desde 1 (*Ninguno*) hasta 5 (*Muchos*). Genera un perfil de salud que consta de ocho dominios: funcionamiento físico, limitaciones debidas a problemas de salud física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, problemas emocionales, estrés psicológico y bienestar mental. Estos ocho ítems se resumen en dos componentes principales: el componente físico y el componente mental. Diferentes estudios han utilizado el SF-8 y han obtenido

adecuadas evidencias de fiabilidad (Ware et al., 2001). Se ha probado su funcionamiento en personas mayores españolas (Tomás et al., 2018; Tomás et al., 2016) mostrando buen funcionamiento. Pocas evidencias sobre la escala existen en el contexto latinoamericano; sin embargo, en el contexto colombiano con población mayor ha mostrado buen comportamiento psicométrico (Lucumí et al., 2015). En la muestra estudiada mostró una consistencia interna de .75.

Índice de Espiritualidad (Sánchez et al., 2012)

El índice está compuesto por seis ítems con una estructura unidimensional, su objetivo es evaluar la espiritualidad sin mencionar la religiosidad, con una escala tipo Likert de 5 puntos. Análisis factoriales exploratorios y confirmatorios encontraron un solo factor como la mejor solución factorial con buenos índices de ajuste. Asimismo, análisis de validez convergente y discriminante indicaron que la escala resulta ser un buen indicador para medir la espiritualidad en población mayor (Sánchez et al., 2012). En la muestra estudiada se obtuvo una consistencia interna de .91.

Autoeficacia para envejecer (Fernández-Ballesteros et al., 1998; Fernández-Ballesteros et al., 2004)

Mide la percepción de la eficacia personal en relación con cambios en la salud, cognitivos, habilidades físicas y funcionales y socioemocionales que ocurren durante la vejez. Consta de 10 ítems con una escala de respuestas de 1 a 5 puntos. A mayor puntaje, mejor percepción de eficacia. Tomando en cuenta evidencias de confiabilidad test-retest y consistencia interna, la prueba funciona adecuadamente. En la muestra estudiada mostró una consistencia interna de .87.

Escala de Autocuidado para Mayores (EAPM) (Galiana et al., 2015)

Es un instrumento que se compone de nueve ítems con una escala de respuesta desde 1 (*Muy en desacuerdo*) hasta 5 (*Muy de acuerdo*). Explora tres dimensiones: autocuidado físico, autocuidado social y autocuidado interno (que se relaciona con actividades que ayudan a mantener una mente sana, el equilibrio interior y los componentes de espiritualidad). Las tres dimensiones crean un factor de autocuidado (Galiana et al., 2015). En la muestra estudiada mostró una consistencia interna de .80.

Escala Temporal de Satisfacción con la Vida (TSLS) (Pavot et al., 1998)

Está formada por 15 ítems que incluyen afirmaciones referidas a condiciones de la vida pasada, presente y futura con una escala de respuesta desde 1 (*Muy en desacuerdo*) hasta 5 (*Muy de acuerdo*). Se ha demostrado que la escala es sensible a la influencia de factores personales, tales como el estado civil y otras circunstancias sociales e históricas. Por ello, se recomienda revisar su validez en diferentes contextos culturales y poblaciones. En la muestra estudiada mostró una consistencia interna de .94.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989)

Esta escala, traducida al español por Díaz et al. (2006), está compuesta por 18 ítems que miden el bienestar psicológico en seis dimensiones fundamentales: Autoaceptación, Relaciones positivas con otras personas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal. El formato de respuesta que se utilizó tiene puntuaciones comprendidas entre 1 (*Totalmente en desacuerdo*) y 5 (*Totalmente de acuerdo*). En la muestra estudiada mostró una consistencia interna de .67.

Ánimo disfórico (CESD-7 Depresión)

Esta escala fue validada en población general española por Herrero y Gracia (2007). En su versión original de 20 ítems, la CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale) de Radloff (1977) ha sido validada en poblaciones diversas con una elevada consistencia interna y una validez adecuada (Herrero y Gracia, 2007). La versión reducida, el CESD-7, desarrollada y validada por Herrero y Gracia (2007), se elaboró a partir de los resultados del trabajo de Santor y Coyne (1997), quienes analizaron una versión preliminar del CESD de nueve ítems y sugirieron una escala de siete ítems, pues fueron los más efectivos para diferenciar a las personas deprimidas de las no deprimidas, e incluían los reactivos más relacionados con los síntomas comunes de la depresión: ánimo disfórico (ítems 3, 6 y 18), motivación (ítem 7), concentración (ítem 5), pérdida del placer (ítem 16) y dificultades con el sueño (ítem 11, puntuación reversa). La escala tiene cuatro anclajes de respuesta (menos de 1 día, 1-2 días, 3-4 días y 5-7 días) y tiene un rango de puntuaciones entre 1 (menos de un día) y 4 (de 5 a 7 días). En la muestra estudiada mostró una consistencia interna según el indicador de alpha de Cronbach de .79.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) y un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA), de acuerdo con el número de variables dependientes por analizar. Los factores o variables independientes consideradas fueron la zona de residencia (Heredia, Santa Ana y Nicoya) como el principal factor por estudiar, mientras que el sexo (hombre y mujer) y la edad (covariable) fueron factores por controlar. Se utilizó la traza de Pillai para evaluar la importancia de los efectos, con la intención de obtener suposiciones estadísticas robustas (Tabachnick y Fidell, 2007). Se realizó un seguimiento de

ANCOVA, con la corrección de Bonferroni por la inflación del error Tipo I. Se calcularon las estimaciones del tamaño del efecto, específicamente estimaciones de etas-cuadrados. Para interpretar los eta-cuadrados como coeficiente de determinación, se siguieron los valores de corte observados por Cohen (1992): .02, .13 y .26 para efectos pequeños, medianos y grandes, respectivamente. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 25.

Resultados

Se estimó un MANCOVA de 3 (zona) \times 2 (sexo) con la edad como covariante y como variables dependientes los indicadores subjetivos estudiados. Los resultados mostraron efectos mixtos significativos sobre las variables dependientes según la edad ($F_{7, 267} = 4.669, p < .001, \eta^2 = .109$). El efecto según zona de residencia en las variables independientes no fue significativo ($F_{7, 536} = 1.312, p < .195, \eta^2 = .033$), como tampoco lo fue el efecto del sexo ($F_{7, 267} = 1.321, p < .240, \eta^2 = .033$). La interacción de primer orden entre la zona de residencia y el sexo no mostró efectos significativos ($F_{14, 536} = .424, p = .967, \eta^2 = .011$).

Considerando los efectos principales y las interacciones significativas del modelo moderado por la edad, se corrió otro MANCOVA solo con las variables que mostraron diferencias en función de la edad a saber: satisfacción con la vida ($F_1 = 19.452, p = .001, \eta^2 = .067$), apoyo social funcional ($F_1 = 4.173, p = .042, \eta^2 = .015$) y conductas de autocuidado ($F_1 = 4.173, p = .042, \eta^2 = .015$). Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en función del lugar de residencia en las siguientes variables: bienestar psicológico ($F_2 = 3.244, p = .041, \eta^2 = .023$), espiritualidad ($F_2 = 3.502, p = .032, \eta^2 = .025$) y conductas de autocuidado ($F_2 = 4.242, p = .015, \eta^2 = .030$).

En este nuevo modelo, sin el sexo como variable independiente y únicamente la edad como covariante, se evidenciaron diferen-

cias significativas en las variables antes indicadas por edad ($F_{5,273} = 4.413, p = .001, \eta^2 = .075$). Con respecto a la interacción de primer orden entre la zona de residencia y la edad, se mostraron efectos significativos ($F_{10, 548} = 2.689, p = .003, \eta^2 = .047$).

En este segundo modelo, los efectos principales de las variables en función de la edad se modificaron, a saber: la satisfacción con la vida mostró diferencias ($F_1 = 16.910, p = .001, \eta^2 = .058$), el apoyo social funcional no mostró diferencias ($F_1 = 2.509, p = .114, \eta^2 = .0009$) y tampoco las conductas de autocuidado ($F_1 = 3.389, p = .067, \eta^2 = .012$), por lo que, en estos dos casos al parecer el sexo tuvo un efecto en las diferencias. Por otro lado, los efectos en función del lugar de residencia controlados por la edad mostraron que se mantienen las diferencias en el bienestar psicológico ($F_2 = 10.385, p = .000, \eta^2 = .070$) y en las conductas de autocuidado ($F_2 = 3.583, p = .029, \eta^2 = .025$), mientras que en espiritualidad ya no se

presentaron diferencias ($F_2 = 1.859, p = .158, \eta^2 = .013$).

Mediante un análisis *post hoc* utilizando la corrección Bonferroni según zona de residencia y controlando la edad, se observan diferencias en las variables conductas de autocuidado y bienestar psicológico entre las personas de residentes del cantón central de Heredia y Nicoya, no así entre las personas residentes en Heredia y Santa Ana o entre residentes de Santa Ana y Nicoya.

En función de explorar con más detalles los efectos de la variable sexo y la zona de residencia moderada por la edad, se corrió un análisis de ANCOVA para las variables conductas de autocuidado, espiritualidad y apoyo social, satisfacción con la vida y bienestar psicológico, no así las variables salud percibida, eficacia personal y ánimo disfórico pues no mostraron evidencia de diferencias por las fuentes de variación (ver Tabla 1)

Tabla 1.

Seguimiento ANCOVAs sobre variables dependientes estudiadas

Fuentes de variación	Variables dependientes	gl _{num}	gl _{den}	F	P	η^2
Edad	Autocuidado	1	288	4.549	.016**	.016
	Apoyo Social	1	290	4.141	.043*	.014
	Espiritualidad	1	284	.123	.726	.000
	Satisfacción con la vida	1	290	21.150	.000**	.070
	Bienestar Psicológico	1	288	1.865	.173	.007
Zona residencia	Autocuidado	2	286	5.062	.007**	.035
	Apoyo Social	1	290	.755	.471	.005
	Espiritualidad	1	284	3.580	.029*	.025
	Satisfacción con la vida	1	290	.944	.390	.007
	Bienestar Psicológico	1	288	2.894	.057*	.020
Sexo	Autocuidado	1	289	.039	.843	.000
	Apoyo Social	1	290	2.830	.094	.010
	Espiritualidad	1	284	.016	.901	.000
	Satisfacción con la vida	1	290	1.112	.292	.004
	Bienestar Psicológico	1	288	.792	.374	.003

Fuentes de variación	Variables dependientes	gl _{num}	gl _{den}	F	P	η^2
Zona * Sexo	Autocuidado	2	286	2.397	.093	.017
	Apoyo Social	2	285	.920	.400	.006
	Espiritualidad	2	285	1.901	.151	.013
	Satisfacción con la vida	2	289	.467	.628	.003
	Bienestar Psicológico	2	287	.162	.850	.001

*Significancia al 0.05. **Significancia al 0.01

La Tabla 1 muestra diferencias significativas según las fuentes de variación respecto a la edad solo en las variables: conductas de autocuidado, apoyo social y satisfacción con la vida. Según la zona de residencia se presentan diferencias en las variables: conductas de autocuidado, espiritualidad y marginalmente en el bienestar psicológico. Con respecto al sexo no se muestran diferencias significativas en ninguna de las variables. Finalmente, con

respecto a la interacción entre la zona de residencia y el sexo no se evidencian diferencias en ninguna de las variables. Para analizar esto con mayor detalle, en la Tabla 2 se muestran las medias y los errores estándar respectivos de cada variable según zona y sexo. En la Tabla 2 se observa una tendencia a diferencias en los hombres y no en las mujeres según zona de residencia.

Tabla 2.

Promedios y errores estándar en las variables dependientes en cada zona según sexo

Variables	Heredia				Santa Ana				Nicoya			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	M	EE	M	EE	M	EE	M	EE	M	EE	M	EE
Autocuidado	3.65*	.186	4.02	.049	3.96*	.197	4.05	.098	4.81*	.371	4.27	.094
Apoyo Social	3.261*	.289	4.068	.077	3.584*	.305	4.124	.152	4.073*	.576	3.993	.144
Espiritualidad	3.978*	.200	4.352	.054	4.395*	.211	4.446	.105	4.987*	.339	4.497	.101
SV	3.508*	.292	4.000	.074	3.560*	.295	3.969	.147	4.243*	.557	4.116	.139
BP	3.544	.124	3.437	.033	3.466	.131	3.446	.065	3.878	.246	3.717	.062

Nota: *Diferencias aparentes, SV: Satisfacción con la vida, BP: Bienestar Psicológico, EE: Error Estándar.

Discusión

En general, las personas mayores estudiadas presentan altas puntuaciones en los indicadores subjetivos asociados al envejecimiento saludable: autocuidado, apoyo social, espiritualidad, satisfacción con la vida y bienestar psicológico.

De manera global, los resultados evidencian que las diferencias significativas encontradas en las variables satisfacción con la vida, bienestar psicológico y conductas de autocuidado

controladas por edad y zona de residencia (efecto de interacción) presentan tamaños de efecto bajos, por lo que estos factores parecen no tener efectos determinantes en las personas estudiadas.

Por otro lado, al revisar la interacción de las variables subjetivas en función del sexo, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, resulta interesante que al analizar las medias de las variables estudiadas en cada zona según el sexo, se evidencia una tendencia a que existan diferencias entre los hombres de

diferentes regiones. En cambio, los promedios de las mujeres son similares en las distintas zonas estudiadas. Así pues, los promedios en todas las variables estudiadas son mayores para los hombres residentes en la región de la zona azul de Nicoya. Por ejemplo, en la variable conductas de autocuidado la media es de 3.65 para hombres residentes en 3.96 para hombres residentes en Santa Ana y 4.81 para hombres residentes en Nicoya. Para las mujeres, los valores de la media son 4.02 en la zona de Heredia, 4.05 en Santa Ana y 4.27 en Nicoya. Si bien en el presente estudio estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, sugieren un patrón que apunta a la necesidad de mayor investigación sobre este aspecto. En este sentido, Rosero-Bixby et al. (2013) indican que en la zona azul en Japón la probabilidad de volverse centenarios es casi siete veces más alta para los hombres que para las mujeres y la esperanza de vida es 2.1 años más larga para los varones. En el estudio citado, esa ventaja no ocurre en las mujeres y además se observó que la mayor probabilidad de volverse centenario y la mayor esperanza de vida en el caso de los varones es independiente de las condiciones socioeconómicas, desaparece con la emigración a otras zonas de residencia y puede ser explicada estadísticamente por una baja mortalidad cardiovascular (Rosero-Bixby et al., 2013). Factores como la esperanza de vida, la salud cardiovascular y patrones de inmigración y emigración requieren de mayor investigación en el futuro.

Las diferencias encontradas en las variables subjetivas apuntan a un mayor nivel de bienestar subjetivo en las personas residentes en Nicoya. Aunque las diferencias no resultan estadísticamente significativas, sugieren la necesidad de mayor evidencia para analizar los efectos del contexto (físico-construido y social-cultural) sobre el bienestar subjetivo de la población envejecida. Las diferencias sutiles encontradas en el presente estudio apuntan a la necesidad de identificar elementos claves en los distintos contextos estudiados, tanto en el ámbito de infraestructura como en

la construcción social del espacio, describirlos operacionalmente y analizar su relación con las variables de bienestar subjetivo. Autores como Fetter et al. (2012), Sánchez-González (2015) y Mayero (2017) han sugerido que las particularidades de envejecer en un contexto más urbano o rural, cada uno con sus propias características ambientales tanto físicas como sociales, hacen distinta la experiencia del envejecimiento, y esas diferencias podrían verse reflejadas en las capacidades que desarrollan y ponen en práctica las personas para lograr una mejor adaptación en la vejez. Siguiendo a Conti (2016), el territorio se comienza a definir como un espacio social a partir de la concepción de múltiples y complejas tramas sociales, donde “lo social” es lo que permite comprender el espacio. En el caso del contexto de la “zona azul” de Nicoya, el distrito central es urbano, es decir, cuenta con cuadrantes claramente definidos, calles, aceras, servicios urbanos (recolección de basura, alumbrado público) y actividades económicas como industria, grandes comercios y servicios diversos, y se encuentra rodeado de seis cantones rurales caracterizados por un predominio de actividades agropecuarias, pecuarias, silvícolas y turísticas. Dentro de esas zonas se pueden encontrar conglomerados de viviendas y viviendas dispersas, así como centros poblados, con disposición de servicios de infraestructura como electricidad, agua potable y teléfono (INEC, 2016). Además de la combinación señalada, la zona se identifica nivel nacional e internacional como de alta longevidad, es decir, una zona que potencia la salud y el bienestar en la vejez. Esta identificación puede ser asumida como un valor social en el cual el territorio y la cultura determinan capacidades particulares que pueden definir a sus habitantes, principalmente a quienes han permanecido allí durante todo su ciclo vital (ya mencionamos que es necesario estudiar los procesos migratorios en estas zonas). Aunque los datos de este estudio no permiten confirmar una tendencia en los niveles de bienestar subjetivo en las

personas participantes residentes en Nicoya, apuntan en la misma dirección que otros estudios previos a nivel nacional que sugieren que esta zona, mayoritariamente rural, se caracteriza por la alta longevidad de sus habitantes, quienes sufren menos discapacidad y menos deterioro cognitivo identificable (Goldman et al., 2011; Rehkopf et al., 2010; Rosero-Bixby, 2008; Valdivieso-Mora et al., 2016). Algunos de esos estudios también han identificado que esas características están particularmente presentes en el caso de los hombres residentes en Nicoya. Los datos aquí presentados parecen indicar una relación entre las características predominantes de las zonas azules y altos indicadores de bienestar subjetivo en la vejez, al tiempo que las mayores puntuaciones de los hombres residentes en la zona de Nicoya en las variables subjetivas estudiadas refuerzan la necesidad de estudiar las diferencias según sexo.

Por su parte, el cantón de Santa Ana en San José se define como mayoritariamente urbano, con tres distritos con características urbano-rurales y los restantes con características urbanas de acuerdo con las definiciones del INEC (2016) utilizadas en el apartado anterior. Esa zona es reconocida por altos índices de desarrollo humano y ha pasado de ser principalmente agrícola para convertirse en un espacio de ciudad dormitorio. Además, como parte de su plan de desarrollo municipal desde el año 2010 cuenta con programas sociales para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor residente de la zona. Si bien es cierto que las personas participantes residentes en Santa Ana, al igual que el resto de la muestra, evidencian altos indicadores de bienestar subjetivo, es necesario profundizar en las características del contexto; por ejemplo, sus altos índices de desarrollo y transformaciones a lo largo del tiempo para poder establecer análisis y comparaciones con otros contextos más concluyentes.

Por último, el cantón central de la provincia de Heredia cuenta con cuatro distritos urbanos y un distrito rural. En el distrito central de

Heredia el papel que juega la Universidad Nacional, específicamente en las oportunidades de aprendizaje para la población adulta mayor, resulta una herramienta clave para la promoción de la salud durante la vejez (Formosa, 2019). Así, el cantón central de Heredia se puede concebir como un territorio dentro de la urbanidad donde existe mayor desarrollo de espacios formales de participación e interacción social para las personas mayores en relación con espacios semiurbanos o principalmente rurales.

Las diferencias por edad observadas en los análisis indican que las personas con mayor edad tienden a presentar mejores indicadores de bienestar, mejor percepción de apoyo funcional y mejores conductas de autocuidado y a experimentar menos estados emocionales negativos. Esta tendencia coincide con hallazgos en investigaciones previas (Kahana et al., 2012; Kahana et al., 2005; Sundsli et al., 2014). En ese sentido, la teoría de la selectividad socioemocional (SST), que se comprende como una teoría contemporánea del desarrollo emocional adulto, sugiere que las personas mayores otorgan mayor prioridad a metas emocionales que las personas más jóvenes, y que el bienestar y la complejidad emocionales serán mayores durante la vejez en relación con la adultez temprana (Carstensen, 2006). Entre otras razones, esto se puede deber a: a) el nivel subjetivo de la experiencia emocional, que en las personas mayores conlleva a una disminución en la frecuencia de las emociones negativas y a una menor intensidad de la experiencia emocional y b) el control emocional subjetivo que incluye mayor control emocional percibido, mayor estabilidad y madurez emocional y mayor moderación del afecto positivo (Márquez-González et al., 2008).

Los resultados del presente estudio parecen apoyar la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento, según la cual la experiencia acumulada a lo largo de la vida proporciona a las personas mayores una mayor capacidad para ejercer control sobre

sus emociones y optimizar su experiencia emocional (Sims et al., 2015). Por otro lado, los resultados que evidencian altos niveles de apoyo social pueden ser fundamentales como indicadores de salud mental y/o emocional y que contribuyen a dotar de equilibrio afectivo, satisfacción con la vida y bienestar psicológico global a las personas participantes (Dumitrache et al., 2017).

En el caso de la espiritualidad, se han establecido relaciones positivas con indicadores de bienestar subjetivo. Aunque estas relaciones también se han identificado en asociación con la religiosidad, la espiritualidad suele ser menos formal, menos ortodoxa y sistemática y más orientada por conductas y emociones individuales que conllevan al bienestar subjetivo o psicológico. Además, ambas manifestaciones suelen estar muy presentes en las culturas latinas (Gallegos y Segrin, 2019).

En síntesis, los resultados del estudio muestran que las personas participantes envejecen de manera satisfactoria, mostrando altos niveles en indicadores subjetivos del envejecimiento saludable. Este proceso parece ser bastante homogéneo en las zonas estudiadas y las diferencias más evidentes se asocian con la edad. Sin embargo, las evidencias que sugieren una tendencia de mayor bienestar en las personas residentes en la “zona azul” de Nicoya, principalmente rural, y un mayor bienestar en los varones de esa zona merecen mayores esfuerzos de investigación en el futuro.

Finalmente, los resultados de esta primera aproximación alientan a continuar estudiando los indicadores subjetivos de envejecimiento saludable en residentes de diversos contextos geográficos y socioculturales con el fin de identificar si la zona o el contexto donde las personas envejecen contribuye al desarrollo, perfeccionamiento y mantenimiento diferenciado de características asociadas a estilos de vida particulares durante el envejecimiento.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta limitaciones propias de una primera aproximación al objeto de estudio, las cuales reducen la posibilidad de obtener resultados concluyentes. Sin embargo, los hallazgos apuntan a la necesidad de continuar investigando el tema. Una limitación es que, previamente al estudio, las personas participantes se encontraban activas en diferentes actividades y espacios sociales y esto es un indicador en sí mismo de procesos de envejecimiento saludable. Los resultados obtenidos podrían variar si se incluyeran personas que respondan a diferentes niveles de participación social. Además, la mayor parte de la muestra provenía de zonas netamente urbanas, hecho que dificultó la identificación precisa de diferencias de interés y permitió reconocer únicamente tendencias incipientes. En el futuro sería importante contar con una distribución balanceada de personas participantes por zona y por sexo. Asimismo, sería necesaria la identificación, definición y operacionalización de aspectos claves de los distintos contextos físicos y sociales que podrían ejercer alguna influencia en los indicadores de bienestar subjetivo.

Referencias

- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing & Society*, 16, 397-422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Baltes, P. B., Freund, A. M. y Li, S. C. (2005). *The psychological science of human aging*. En M. Johnson, V. L. Bengtson, P. Coleman. y T. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Aging* (pp. 47-71). Cambridge University Press.
- Baltes, P. y Baltes, M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. En P. Baltes y M. Baltes (Eds.), *Successful aging perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511524797.001>

- doi.org/10.1017/CBO9780511665684
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153–163. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-apoyo-14325>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Caro, P. (2017). El lugar social de la vejez en territorios rurales de Aconcagua, un análisis de género. *Polis, Revista Latinoamericana*, 48, 201-221. <https://journals.openedition.org/polis/12679>
- Carstensen, L. L., Fung, H. y Charles, S. (2003) Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Cheng, S. T. (2013). Defining successful aging: the need to distinguish pathways from outcomes. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 527-531. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001713>
- Cho, J., Martin, P. y Poon, L. W. (2015). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132-143. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Conti, S. (2016). Territorio y Psicología Social y Comunitaria, trayectorias/implicaciones políticas y epistemológicas. *Psicología & Sociedad*, 28(3), 484-493. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p484>
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. y Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(3), 373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
- Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C. y Kendig, H. A. L. (2013). Older adult's spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*, 33(7), 1243–1262. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000633>
- Crimmins, E. M., Kim, J. K. y Solé-Auró, A. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21(1), 81-91 <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq022>
- del Mar García-Calvente, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Del Río-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martínez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., Mateo-Rodríguez, I. y Gil-García, E. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 34(6), 911-926. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3255>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L. y Rubio-Herrera, R. (2017). Perceived Health Status and Life Satisfaction in Old Age, and the Moderating Role of Social Support. *Ageing & Mental Health*, 21(7), 751-757. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156048>
- Elder, G. H. y George, L. K. (2016). *Age, cohorts, and the life course*. En M. J. Shanahan, J. T. Mortimer y M. K. Johnson (Eds.), *Handbook of the life course* (Vol. II, pp. 59-86). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-20880-0>
- Feng, Q. y Straughan, P. T. (2017). What does successful aging mean? Lay perception of successful aging among elderly Singaporeans. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*,

- 72(2), 204-213. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw151>
- Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A. J. Mendoza-Numez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Orosa, T, Paul, C. y Patricia, S. (2010). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30(1), 41-56. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008587>
- Fernández-Ballesteros, R., Schroots, J. J. y Rudinger, G. (1998). EXCELSA/Pilot (Cross-European Longitudinal Study of Aging, Pilot Study). *European Psychologist*, 3(4), 298-301. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.3.4.298>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J., Hekkinen, E., Drusini, A., Paul, C., Charzewska, J. y Rosenmayr, L. (2004). Assessing competence: the European survey on aging protocol (ESAP). *Gerontology*, 50(5), 330-347. <https://doi.org/10.1159/000079132>
- Fetter, I., Olivos, L., Gutiérrez, G. y Michán, S. (2012). Regulación epigenética del envejecimiento. En E. López- Muñoz y N. M. Torres (Coords.), *Aspectos moleculares del envejecimiento* (pp. 61-69). Instituto de Geriátría, México.
- Formosa, M. (2019). *The University of the Third Age and Active Ageing: European and Asian-Pacific Perspectives*. Springer. <https://doi.org/978-3-030-21515-6>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2015). Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E67. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>
- Gallegos, M. L. y Segrin, C. (2019). Exploring the mediating role of loneliness in the relationship between spirituality and health: Implications for the Latino health paradox. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11(3), 308-318. <https://doi.org/10.1037/rel0000180>
- Gana, K., Bailly, N., Saada, Y., Joulain, M. y Alaphilippe, D. (2013). Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 540-552. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs093>
- Goldman, N., Turra, C. M., Rosero-Bixby, L., Weir, D. y Crimmins, E. (2011). Do biological measures mediate the relationship between education and health? A comparative study. *Social Science & Medicine*, 72(2), 307-315. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.004>
- Guo, M., Chi, I. y Silverstein, M. (2017). Intergenerational support and depression among Chinese older adults: Do gender and widowhood make a difference? *Ageing & Society*, 37(4), 695-724. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001403>
- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397-417. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9508-8>
- Haines, V. A., Beggs, J. J. y Hurlbert, J. S. (2008). Contextualizing Health outcomes: do effects of network structure differ for women and men? *Sex Roles*, 59(3-4), 164-175. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9441-3>
- Herrero, J. y Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5), 40-46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000500040&lng=es&tln-g=es
- Hilton, J. M. y Child, S. L. (2014). Spirituality and the successful aging of older Latinos. *Counseling and Values*, 59(1), 17-34. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00039.x>
- Houtjes, W., van Meijel, B., van de Ven, P. M., Deeg, D., van Tilburg, T. y Beekman, A. (2014). The impact of an unfavorable depression course on network size and loneliness in older people: a longitudinal study in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1010-1017. <https://doi.org/10.1002/gps.4091>
- Hsu, H. C. y Jones, B. L. (2012). Multiple trajec-

- stories of successful aging of older and younger cohorts. *The Gerontologist*, 52(6), 843-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gns005>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2016). *Manual de clasificación geográfica con fines estadísticos de Costa Rica*. INEC. <https://www.inec.cr/flipbook/meInstitucional-MCGFECR/index.html>
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. S., Palmer, B.W., Rock, D., Golshan, S., Kraemer, H. y Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Jiménez, M. G., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Jordan, K. D., Masters, K. S., Hooker, S. A., Ruiz, J. M. y Smith, T. W. (2014). An interpersonal approach to religiousness and spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Personality*, 82(5), 418-431. <https://doi.org/10.1111/jopy.12072>
- Jopp, D. y Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.253>
- Kahana, E., Kahana, B. y Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466-474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kahana, E., Kahana, B. y Zhang, J. (2005). Motivational antecedents of preventive proactivity in late life: Linking future orientation and exercise. *Motivation and Emotion*, 29(4), 438-459. <https://doi.org/10.1007/s11031-006-9012-2>
- Kahana, E., Kelley-Moore, J. y Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644519>
- Khashab, A. S., Khashab, A. M., Mohammadi, M. R., Zarabipour, H. y Malekpour, V. (2015). Predicting dimensions of Psychological Well-Being based on Religious orientations and Spirituality: An Investigation into a Causal Model. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(1), 50-55. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc4434429>
- Lucumí, D. I., Gomez, L. F., Brownson, R. C. y Parra, D. C. (2015). Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of Aging and Health*, 27(4), 730-750. <https://doi.org/10.1177/0898264314556616>
- Márquez-González, M., Fernández de Troconiz, M. I., Montorio, I. y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: Análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720417.pdf>
- Martin, A. S., Palmer, B. W., Rock, D., Gelston, C. V. y Jeste, D. V. (2015). Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 601-609. <https://doi.org/10.1017/S104161021400221X>
- Mayero, V. (2017). Construyendo la identidad al envejecer, una mirada en el medio rural. Estudio de caso: Pueblo Castillo y Perseverano, departamento de Soriano. *XVI Jornadas de Investigación: la excepcionalidad uruguaya en debate: ¿como el Uruguay no hay?* <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10745>
- McLaughlin, D., Vagenas, D., Pachana, N. A., Begum, N. y Dobson, A. (2010). Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 671-679. <https://doi.org/10.1177/1359105310368177>
- Mejía, S. T., Ryan, L. H., Gonzalez, R. y Smith, J. (2017). Successful aging as the intersection of individual resources, age, environment, and experiences of well-being in daily activ-

- ities. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 279-289. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw148>
- Meneses, P. L. C. (2019). Percepciones de mujeres mayores rurales respecto de su proceso de envejecimiento. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 1-15. <https://doi.org/10.29035/pai.5.2.39>
- Ministerio de Salud de Costa Rica [MINSa] (2018). *Estrategia Nacional de Envejecimiento Saludable. Basado en el Curso de Vida 2018-2020*. San José, Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planos-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>
- Montreal, P. y Valle, A. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athenea Digital, Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (19), 171- 187. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53719730009>
- Oksuzyan, A., Crimmins, E., Saito, Y., O'Rand, A., Vaupel, J. W. y Christensen, K. (2010). Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*, 25(7), 471-480. <https://doi.org/10.1007/s10654-010-9460-6>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Active ageing. World Health Organization [WHO]. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=en>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 340-354 https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7002_11
- Pruchno, R. A. y Carr, D. (2017). Successful aging 2.0: resilience and beyond. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(2), 201-203. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw214>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. y Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *The Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Rehkopf, D. H., Dow, W. H. y Rosero-Bixby, L. (2010). Differences in the association of cardiovascular risk factors with education: a comparison of Costa Rica (CRELES) and the USA (NHANES). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(9), 821-828. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.086926>
- Rodríguez-Laso, A., McLaughlin, S. J., Urdaneta, E. y Yanguas, J. (2017). Defining and estimating healthy aging in Spain: a cross-sectional study. *The Gerontologist*, 58(2), 388-398. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw266>
- Rosero-Bixby, L. (2008). The exceptionally high life expectancy of Costa Rican nonagenarians. *Demography*, 45(3):673-691. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0011>
- Rosero-Bixby, L., Dow, W. y Rehkopf, D. (2013). The Nicoya region of Costa Rica: a high longevity island for elderly males. *Vienna Yearbook of Population Research*, 11, 109-136. <https://doi.org/10.1553/population-yearbook2013s109>
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596, <https://doi.org/10.1093/>

- geronb/gbv025
- Santor, D. A. y Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9(3), 233. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.233>
- Sánchez-González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, (60), 97-114. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022015000100006>
- Sánchez, M., González, C., Robles, R. y Andrade, P. (2012). Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de espiritualidad para adultos mayores en México. *Psicología Iberoamericana*, 20(2) 41-48. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133928816006.pdf>
- Sims, T., Hogan, C. L. y Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.012>
- Stephens, A., Deaton, A. y Stone, A. A. (2015). Subjective well-being, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Sundslí, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A. y Söderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: A randomized controlled study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 95-103. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55925>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Seven Edition. Pearson.
- Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M., Sancho, P. y Oliver, A. (2016). Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(3), 167-176. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v6i3.177>
- Tomás, J. M., Galiana, L. y Fernández, I. (2018). The SF-8 Spanish Version for Health-Related Quality of Life Assessment: Psychometric Study with IRT and CFA Models. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.4>
- Tze Pin, N., Broekman, B. P., Niti, M., Gwee, X. y Fe Heok, K. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 407-416. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>
- Valdivieso-Mora, E., Peet, C. L., Garnier-Villarreal, M., Salazar-Villanea, M. y Johnson, D. K. (2016). A systematic review of the relationship between familism and mental health outcomes in Latino population. *Frontiers in Psychology*, 7, 1632. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01632>
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. y Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9174-7>
- Vázquez-Palacios, F. R. (2013). Envejeciendo en las tradicionales y nuevas ruralidades. *Intersticios Sociales*, (5), 1-29. <http://www.intersticiosociales.com/index.php/is/article/view/58>
- Ware, J., Kosinski, M., Dewey, J. y Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 health survey*. Quality Metric Incorporated, Lincoln, United States.
- Yoon, E., Chang, C. C. T., Clawson, A., Knoll, M., Aydin, F., Barsigian, L. y Hughes, K. (2015). Religiousness, spirituality, and eudaimonic and hedonic well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(2), 132-149. <https://doi.org/10.1080/09515070.2014.968528>

Recibido: 21 de abril de 2021

Aceptado: 19 de enero de 2023