

Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor

RESUMEN

Objetivo: analizar algunos predictores de la calidad de vida en personas mayores, diferenciando entre mayores jóvenes o muy mayores. Esto es, se estudia un potencial efecto moderador debido a ser muy mayor, dado que este sector de la población está en rápido crecimiento en todo el mundo. **Materiales y métodos:** estudio transversal analítico de encuesta a 224 personas mayores, en dos grupos diferenciales, menores de 75 años y 75 años o más, que viven en la ciudad de Valencia (España). **Resultados:** se ajustó un modelo estructural multimuestra donde las dimensiones de espiritualidad y la esperanza predicen dos indicadores de calidad de vida en personas mayores: satisfacción vital y percepción de salud. Se han encontrado relaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la espiritualidad y la esperanza, y los dos indicadores; especialmente potente es la predicción de la satisfacción vital. Asimismo, los resultados multimuestra indican que la fe juega un papel diferencial relevante en los muy mayores. **Discusión:** se ponen en relación los hallazgos con la literatura. **Conclusiones:** existe un importante impacto, en algunos casos diferencial para los muy mayores, de la espiritualidad sobre indicadores de envejecimiento con éxito tales como la satisfacción vital y la salud, y la capacidad para realizar actividades, ya sea instrumentales de la vida diaria, o en general todo tipo de actividades productivas.

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad, calidad de vida, envejecimiento de la población, predicción (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.7

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Oliver A, Galiana L., Sancho P, Tomás JM. Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*. 2015; 15 (2): 228-238. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.7

1 Doctora en Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València (España). oliver@uv.es

2 Doctora en psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València. Beneficiaria de una beca VLC/CAMPUS, subprograma de Atracció de Talent, Universitat de València (España). Laura.Galiana@uv.es

3 Doctora en Psicología, Departamento de Educación, Universidad de San Antonio Murcia, Murcia (España). Patricia.Sancho@uv.es

4 Doctor en Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València (España). tomasjm@uv.es

Recibido: 17 de junio de 2014

Enviado a pares: 20 de julio de 2014

Aceptado por pares: 14 de febrero de 2015

Aprobado: 27 de abril de 2015

Spirituality, Hope and Dependence as Predictors of Satisfaction with Life and Perception of Health: The Moderating Effect of Being Very Old

ABSTRACT

Objective: Analyze several predictors of quality of life in older people, differentiating between relatively younger and much older senior citizens. **Methods:** This is a cross-sectional survey of 224 elderly individuals living in the city of Valencia (Spain), who were divided into two separate groups: those under age 75 and those age 75 or older. **Findings:** A multi-sample structural model was adapted to include the dimensions of spirituality and hope so as to predict two indicators of quality of life in the elderly: satisfaction with life and perceived health. Statistically significant relationships ($p < 0.05$) were found between spirituality and hope and the two indicators. The prediction of life satisfaction is especially powerful. The multi-sample findings indicate faith plays a relevant differential role among the very elderly. **Discussion:** The findings are compared to the literature. **Conclusions:** For the very old, spirituality has an important impact, in some cases differential, on indicators of aging with quality of life, such as life satisfaction and health, and on the ability to perform tasks, whether instrumental in daily life or in productive activities.

KEYWORDS

Spirituality, quality of life, aging population, prediction (Source: DeCS, Bireme).

Espiritualidade, esperança e dependência como preditoras da satisfação vital e a percepção de saúde: efeito moderador de ser muito mais velho

RESUMO

Objetivo: analisar alguns preditores da qualidade de vida em pessoas adultas, diferenciando entre adultos jovens ou idosos. Materiais e métodos: estudo transversal analítico de enquete a 224 pessoas adultas em dois grupos diferenciais, menores de 75 anos e 75 ou mais, que moram na cidade de Valência (Espanha). Resultados: ajustou-se um modelo estrutural multiamostra em que as dimensões de espiritualidade e a esperança predizem dois indicadores de qualidade de vida em pessoas adultas: satisfação vital e percepção de saúde. Constataram relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre a espiritualidade e a esperança, e os dois indicadores; especialmente potente é a predição da satisfação vital. Além disso, os resultados multiamostra indicam que a fé desempenha um papel diferencial e relevante nos idosos. Discussão: põem-se em relação as constatações com a literatura. Conclusões: existe um importante impacto, em alguns casos diferencial, para os idosos, da espiritualidade sobre indicadores de envelhecimento com qualidade de vida, tais como: a satisfação vital e a saúde, e a capacidade para realizar atividades, tanto instrumentais da vida diária quanto em atividades produtivas.

PALAVRAS-CHAVE

Espiritualidade, qualidade de vida, envelhecimento da população, predição (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

En 2012, el Instituto Nacional de Estadística emitió un informe con la proyección de población en España a largo plazo (hasta 2052) con resultados, no por esperados, menos interesantes (1). Al ya conocido envejecimiento de la población, se le añadían cifras muy relevantes. Por ejemplo, los mayores crecimientos de población se esperan en las edades avanzadas, con unos 7,2 millones de personas de 64 años o más, que en términos porcentuales pasarían a constituir el 37% de la población total de España. Cuando se mira el crecimiento relativo en las bandas de edad más altas que ofrece el informe, los resultados son también esclarecedores: entre los 80-84 años habrá un 106,5% más, entre 85-89 un 177,5% de crecimiento, entre 90-94 un 332,2%, entre 95-99 años un aumento del 554,5%, y en 100 años o más el crecimiento será del 827,1%. Así, se observa que los más mayores entre los mayores son los que más van a crecer en los próximos años en España. Este mismo fenómeno, con diferentes tasas, ocurre en todo el mundo, y especialmente en los países desarrollados, al punto que ha producido ya una categorización de “muy mayores”.

Este aumento de personas de mucha edad o muy mayores, ha venido acompañado en la comunidad científica por un claro aumento de la investigación sobre este grupo de edad (2, 3), y especialmente sobre la calidad de vida que se mantiene en esta franja (3).

Entre las dimensiones o componentes de la calidad de vida, dos han recibido especial atención: la satisfacción con la vida y la salud, objetiva y subjetiva (4-7). Esta literatura evidencia que esta nueva categoría de edad podría identificarse como cualitativamente diferente de la de los mayores más jóvenes, pues presentan más problemas funcionales, de salud y de dependencia (8). En este contexto, la salud percibida es de particular interés en el estudio de los muy mayores, no solo por su papel como signo de bienestar, sino incluso por su poder predictivo reconocido sobre la supervivencia (9). De la misma forma, el bienestar y la satisfacción vital son constructos que, de acuerdo con Deci y Ryan (10), tienen que ver con las experiencias y el funcionamiento óptimo del ser humano y, por tanto, son indicadores de envejecimiento con éxito (11-14). Dado su papel central como indicador de experiencias positivas, las diversas dimensiones del bienestar subjetivo han merecido una gran cantidad de investigación en las últimas décadas (15-18), y entre ellas especialmente la satisfacción con la vida. En suma, bastantes trabajos han tratado de describir los

factores relevantes en la consecución de adecuados niveles de bienestar en los mayores y sus posibles diferencias en función de ser mayor o muy mayor (19, 20).

Un primer macrocomponente ampliamente estudiado en la literatura gerontológica es el nivel de actividad, estatus funcional o capacidad para realizar las actividades rutinarias de la vida de forma independiente (21). Se ha subrayado en este contexto que la evaluación de ser autoeficaces, muy relacionada en los mayores con estos aspectos, se encuentra ligada a las evaluaciones de calidad de vida (22), y, en la misma línea, la actividad se ha relacionado de forma positiva con el bienestar personal en mayores (23, 24). Everard *et al.* (25) encontraron efectos significativos de la realización de actividades instrumentales, sociales y de placer sobre la percepción de salud física. O también, a modo de ejemplo, Meléndez *et al.* (26) encontraron que un elevado nivel de actividad, evaluado a través de medidas de dominio del ambiente y autonomía, podía predecir satisfacción vital de los mayores.

Un constructo relacionado, que ha ido ganando presencia dentro de la investigación en psicología positiva (27), es el de esperanza (28). El modelo teórico de esperanza más empleado es el desarrollado por Charles R. Snyder, que la considera un estado motivacional positivo, derivado de la evaluación cognitiva de que se dispone de suficiente energía orientada al objetivo y se es capaz de dirigir esa energía para conseguirlo (29). Este constructo, en lo que interesa a nuestro estudio, se ha relacionado sistemáticamente con el apoyo social (30) y, especialmente, con la satisfacción vital (27, 31-33) y la espiritualidad (27).

Efectivamente, hay creciente interés en evaluar el papel que para un envejecimiento con éxito tiene la espiritualidad (34-36). Al punto que el influyente trabajo de Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore y Koenig (37), habla de la espiritualidad como el cuarto pilar del envejecimiento con éxito, o como el factor olvidado en el paradigma del envejecimiento con éxito. En una revisión de trabajos cuantitativos y cualitativos sobre espiritualidad en hospitalizados, Castelo-Branco, Brito y Fernandes-Sousa (38) señalan que la espiritualidad implica la búsqueda de sentido, estar en relación con los otros y con “algo” superior, y se asocia a conceptos tales como sentido de la vida, relaciones, transcendencia y prácticas religiosas. Efectivamente, la espiritualidad ha ido ganando importancia en la explicación del bienestar en el proceso de envejecer (39, 35, 40). En concreto, Kirby, Coleman y Daley (40) encontraron, en una muestra británica, que las creencias espirituales se

relacionaban positiva y significativamente con el bienestar psicológico, aun controlando por los factores sociodemográficos habituales (edad, estado civil, sexo, etc.) y los problemas de salud. En el mismo sentido, Cowlshaw *et al.* (39) encontraron que la espiritualidad se relacionaba consistentemente a través del tiempo con la satisfacción vital. Incluso en contextos y poblaciones muy específicos, como los mayores nativos de Alaska, la espiritualidad aparece como uno de los elementos definidores del envejecimiento con éxito (41).

Tal y como se ha expuesto, hay una gran cantidad de evidencia acumulada sobre los predictores de calidad de vida en las personas mayores. Sin embargo, es mucho menor, especialmente en el contexto español, el estudio de estos factores de forma conjunta, es decir multivariada, y diferenciando los efectos en función de ser muy mayor frente a menores edades. Esto es, dado el rápido crecimiento de la franja de edad de los muy mayores en nuestro país, es de interés empezar a analizar posibles características diferenciales en los procesos que llevan a la calidad de vida de estos mayores. En esta línea, el objetivo de este trabajo es valorar los efectos de la espiritualidad, la esperanza y la dependencia sobre la salud y la satisfacción vital de las personas mayores, evaluando el efecto moderador que el pertenecer a la categoría de muy mayores tiene sobre estas relaciones.

Materiales y métodos

Diseño, procedimiento y muestra

Los datos provienen de una encuesta transversal a 224 personas mayores que viven en comunidad en la ciudad de Valencia (España). El muestreo fue incidental. Todos los encuestados dieron su consentimiento informado. El Comité de Ética para la Investigación en Humanos de la Universitat de València dio el visto bueno al estudio. El 61,2% eran mujeres. La media de edad de los participantes era de 73,06 años ($DT = 7,68$), y rango entre un mínimo de 60 años hasta un máximo de 102. En cuanto al estado civil, un 54,9% estaban casados, el 29,9% viudos, solteros un 9,8% y el restante 5,4% eran separados o divorciados. La mayoría vivían con sus parejas, seguidas de aquellos que vivían con sus hijos (23,5%), vivían solos (21,7%) y vivían con otros (9,5%). Para los propósitos del presente artículo se han categorizado las edades en dos grupos, los menores de 75 años y los de 75 años o más que empezarían a considerarse muy mayores, dejando una muestra de 84 muy mayores y 140 mayores.

Instrumentos de medida

La encuesta incluía una información sociodemográfica básica, presentada en la descripción de la muestra, además de medidas relacionadas con el envejecimiento. Todos los instrumentos son de uso libre en estudios científicos. Las variables empleadas fueron:

1. Una medida de espiritualidad, en concreto la subescala de medición del bienestar espiritual de la escala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-Sp-12) validada por Canada, Murphy, Fitchett, Peterman y Schover (42). Es un instrumento de 12 ítems puntuados desde 0 (en absoluto) hasta 4 (mucho), y que mide tres dimensiones correlacionadas de espiritualidad: significado, paz y fe. El coeficiente de fiabilidad (alfa) en esta muestra es 0,81. Ítems ejemplo de cada una de las dimensiones son: "siento un sentido de propósito en la vida" (significado), "noto un sentido de armonía dentro de mí" (paz) y "encuentro fuerza en mi fe o en mis creencias espirituales" (fe).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria, o índice de Lawton y Brody (43). Consiste en ocho ítems que evalúan la capacidad de uso del teléfono, preparación de comida, hacer la compra, arreglar la casa, hacer la colada, transporte, consumo de medicinas y manejo del dinero de forma independiente. Para los propósitos de este estudio, el sistema habitual de categorización se cambió por un sistema semicuantitativo tipo Likert, en el que mayor puntuación indica más independencia o autonomía de la persona mayor. El objetivo era ser discriminativos más que diagnósticos.
3. Escala disposicional de esperanza (29). Esta escala presenta un total de 8 ítems para medir un estado motivacional positivo derivado de la evaluación cognitiva de que se dispone de suficiente energía orientada al objetivo y la capacidad de dirigir esa energía para conseguirlo (29). Un ítem ejemplo sería: "Incluso cuando los demás se desaniman, yo sé que puedo encontrar una forma de solucionar el problema". La escala de respuesta oscila entre 1 (completamente falso) hasta 4 (completamente cierto). El alfa en esta muestra es de 0,88.
4. Escala de satisfacción con la vida (44), compuesta de cinco ítems que evalúan satisfacción global con la vida, y con escala de respuesta desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). El alfa en esta muestra es de 0,89. Un ítem ejemplo de esta escala es: "hasta aquí he tenido todas las cosas importantes que he querido en mi vida".

5. Escala de salud percibida (45). Esta escala mide una única dimensión de percepción de salud mediante cinco ítems, como por ejemplo: “en los últimos doce meses, tu salud ha sido...”, desde 1 (mala) a 3 (buena). La consistencia interna en esta muestra fue de 0,79.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos incluyen un modelo estructural con variables observables (*path analysis*) de carácter predictivo en que se evalúa el impacto de la espiritualidad, la esperanza y la capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria, sobre dos indicadores de envejecimiento con éxito: la satisfacción vital y la percepción de salud. Dado que el objetivo de investigación se centra en la comparación de las personas muy mayores frente a las mayores, en este caso se ha planteado una *path analysis* multimuestra (46); en concreto, en dos muestras, la de personas mayores y la de muy mayores. Todos los análisis se han realizado en el paquete estadístico EQS 6.1. Dada la falta de normalidad de algunas de las variables incluidas en el modelo se han empleado correcciones robustas de los estadísticos y de los errores estándar sobre el método de estimación de máxima verosimilitud. Para evaluar la bondad de ajuste de estos modelos estructurales se han empleado diversos estadísticos e índices, todos ellos robustos. En concreto, se emplean los estadísticos robustos disponibles en EQS y recomendados en la literatura (47): a) el estadístico de chi-cuadrado; b) Comparative Fit Index (CFI); c) Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA); y d) GFI. Adicionalmente, y como se trata de valorar el ajuste relativo de modelos anidados en los que se ponen a prueba los distintos efectos moderadores potenciales de ser muy mayor, se han realizado pruebas de diferencias de chi-cuadrado robusta siguiendo el procedimiento de Bentler (48), calculándolo mediante el programa ofrecido por Crawford y Henry (49).

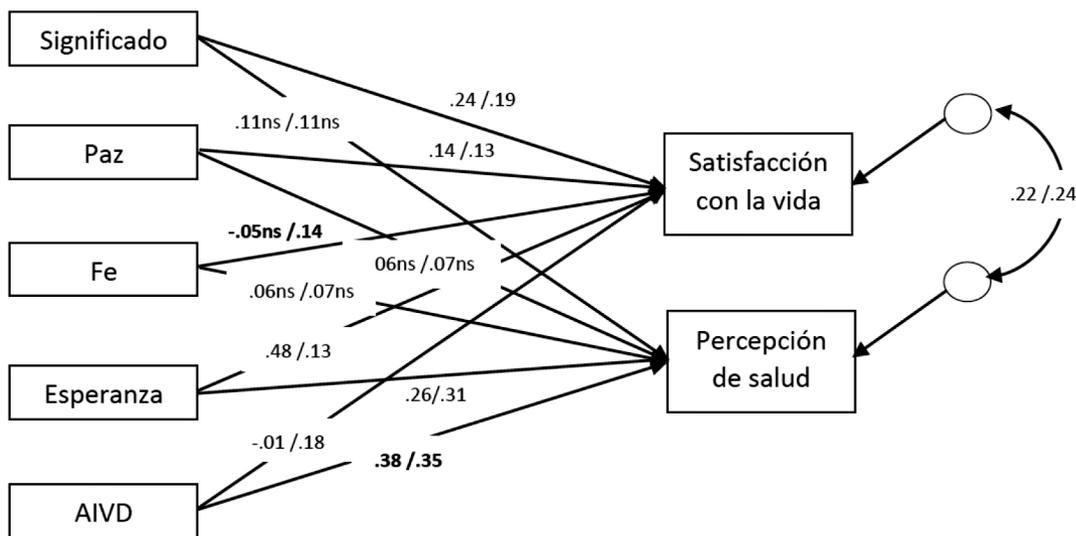
Resultados

El modelo puesto a prueba se presenta en la figura 1. Es un modelo predictivo de la satisfacción vital y la percepción de salud a partir de tres factores de espiritualidad (sentido, paz y fe), la esperanza y la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), por verificar en dos muestras mediante una secuencia de modelos con sucesivas constricciones, que permite poner a prueba potenciales efectos moderadores de

la edad, y, en concreto, de ser muy mayor, sobre la predicción del modelo en su conjunto. En primer lugar, se ha puesto a prueba un modelo multimuestra sin constricciones. Este primer modelo sirve a un doble motivo. Primero, nos permitió ver si el ajuste del modelo en su conjunto es aceptable, y, en segundo lugar, fue el modelo base sobre el cual se valoró si hay o no efecto de moderación. Se obtuvieron estimaciones de los parámetros del modelo por separado en ambas muestras. Este modelo ajustó razonablemente a los datos ($\chi^2(6) = 27,84$, $p = 0,0001$; CFI = 0,95; RMSEA = 0,18; GFI = 0,96). A continuación se puso a prueba el mismo modelo pero haciendo iguales todas las relaciones entre variables del modelo en ambas muestras. Esto es, en lugar de dejar que estime los valores de los parámetros en ambas muestras escogiendo por tanto los mejores estimadores para cada una, ahora se estiman todos los parámetros de relación entre variables solamente en una muestra (la de menores de 75 años) y se fijan esos valores en la otra muestra, de forma que no se estiman. Si el modelo siguiera ajustando de la misma forma que el anterior, sería indicativo de que las igualdades son razonables pues no empeoran el ajuste. En este caso, el ajuste del modelo sufrió considerablemente ($\chi^2(24) = 76,92$; $p < ,0001$; CFI = 0,87; RMSEA = 0,14; GFI = 0,90). Al poner a prueba las diferencias entre ambas pruebas de chi-cuadrado, se apreció que las diferencias en ajuste fueron estadísticamente significativas ($\Delta\chi^2 = 49,469$; $\Delta gl = 18$; $p < 0,001$). Esto indicó que todas o algunas de las constricciones (igualdades) realizadas no eran razonables, y, por tanto, que hubo diferencias en los parámetros de los mayores y de los muy mayores. Para evaluar qué constricciones (igualdades) fueron razonables y cuáles no, se empleó el test de multiplicadores de Lagrange (LM-test), lo que llevó a relajar cinco igualdades. Se probó este nuevo modelo con constricciones parciales resultando en un ajuste adecuado ($\chi^2(19) = 42,69$; $p = 0,001$; CFI = 0,95; RMSEA = ,10; GFI = 0,94). La correspondiente prueba de las diferencias de chi-cuadrado frente al modelo base no resultó significativa ($\Delta\chi^2 = 15,61$; $\Delta gl = 13$; $p = ,27$), lo que indicó que este modelo, más parsimonioso que el modelo base de comparación, representó mejor los datos. Por tanto, se retuvo este modelo como el de mejor ajuste. Los resultados de la estimación de este modelo en ambas muestras están en la figura 1.

La capacidad predictiva sobre ambas variables y en ambas muestras es elevada. En el caso de la satisfacción con la vida, en la muestra de menores de 75 años la R-cuadrado alcanza el valor de 0,52, mientras en el caso de los de 75 o más años, la capacidad predictiva es aún mayor ($R^2 = 0,67$).

Figura 1. Modelo estructural multimuestra final, con los efectos estandarizados*



* El primer valor de cada par se corresponde con la estimación en el grupo de edad hasta 75 años y el segundo al del grupo de muy mayores.

Nota: las correlaciones entre las variables predictoras son eliminadas por simplicidad; todas las relaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) excepto si se marca como no significativa (ns); en negrita las relaciones que resultan estadísticamente diferentes para ambos grupos.

Como puede verse en la figura, todas las dimensiones de espiritualidad y esperanza se relacionaron positivamente con la satisfacción. Esto se observa especialmente en la muestra de muy mayores, en donde la fe juega un papel significativo, lo que no ocurre con los menos mayores. La capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria de forma independiente es poco importante en la satisfacción vital. Por su parte, la capacidad predictiva de la salud es menor pues en el caso de

los menores de 75 años se consigue predecir un 29%, el mismo porcentaje que en los muy mayores. Mientras la espiritualidad es un predictor irrelevante, sí presentan un importante efecto tanto la esperanza como la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, y esto último especialmente en el grupo de muy mayores. Los predictores, a su vez, muestran en algunos casos correlaciones relevantes entre ellos, las cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Correlaciones entre las variables predictoras en ambos grupos, la primera de cada par se corresponde con la estimación en el grupo de menos de 75 años y el segundo con la estimación en el grupo de muy mayores

| | Significado | Paz | Fe | Esperanza | AIVD |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| Significado | 1 | | | | |
| Paz | 0,63 / 0,64 | 1 | | | |
| Fe | 0,35 / 0,35 | 0,42 / 0,62 | 1 | | |
| Esperanza | 0,54 / 0,49 | 0,54 / 0,65 | 0,31 / 0,34 | 1 | |
| AIVD | --- | --- | --- | 0,00 / 0,05 | 1 |

Nota: todas las relaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) a excepción de las relativas a esperanza y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En negrita aquellas que difieren a través de los dos grupos.

Discusión y conclusiones

Tal y como Smith *et al.* (50) señalaron, si los muy mayores van a vivir sus años finales dignamente, entender las relaciones entre salud y bienestar en la vejez es de gran importancia socio-política. Este fue precisamente el objetivo del presente trabajo, estudiar las relaciones de diversos predictores con la salud y la satisfacción vital, en personas mayores distinguiendo dos grupos, los mayores y los muy mayores, para evaluar procesos potencialmente diferentes.

Respecto a los resultados sobre la satisfacción vital, puede verse que las dimensiones de la espiritualidad son protectoras de la satisfacción vital, es decir, se relacionan positivamente con esta. Estos resultados generales son consistentes con la literatura sobre espiritualidad y envejecimiento, que señala su impacto positivo sobre un envejecimiento con éxito (35, 39, 40). Un resultado interesante es que mientras los componentes de significado y paz de la espiritualidad se encuentran igualmente relacionados (positivamente) con la satisfacción en ambas muestras, la fe solo tiene un efecto significativo en los muy mayores, siendo no significativo en los menores de 75. Evidentemente, en un diseño transversal como este, aun identificando un efecto moderador tan importante, no podemos aducir si a medida que avanza la edad, la fe "protege" más y genera satisfacción vital, o la fe es más relevante para esta edad por un efecto de cohorte. Lo mismo ocurre con el constructo de esperanza, medida bastante relacionada con la capacidad de resolver los problemas, y, en general, con el dominio del ambiente. Las relaciones encontradas con la satisfacción son las mismas en ambas muestras —positivas y de elevado tamaño—, lo que está en línea con la literatura sobre el tema (27, 31-33). Los resultados acerca de la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria no son, sin embargo, consistentes con la literatura (22-24, 26), que hace esperable un impacto positivo sobre la satisfacción, que aquí no se ha producido en ninguna de las dos muestras. Al ser la muestra de carácter no dependiente, el rango de actividades instrumentales que no pueden realizar es muy limitado, y la variabilidad en el indicador muy baja, lo que puede explicar estos resultados y emplazaría su estudio a mayores niveles de dependencia.

Otra parte del modelo predice la percepción de salud. En lo que tiene que ver con la espiritualidad, hay bastante evidencia

acumulada de que una buena espiritualidad tiene efectos positivos sobre la salud percibida (37), pero también sobre los indicadores objetivos de salud, lo que puede explicarse en parte porque parece relacionarse con conductas más saludables, y también por el aumento que en determinados contextos tienen en la red social (51). Este efecto positivo se mantiene en nuestros resultados y es consistente para ambas muestras, si bien de menor magnitud que lo encontrado en el caso de la satisfacción vital. Asimismo, el constructo de esperanza también se ha visto relacionado de forma positiva y significativa con la percepción de salud. Este resultado ha sido menos estudiado que la relación de esperanza y espiritualidad o calidad de vida, y es por tanto interesante, si bien en un diseño transversal es difícil establecer si una mayor independencia y dominio del ambiente, asociadas a la esperanza, se traduce en mejor salud o, por el contrario, una mejor salud lleva a verse como más capaz de llevar las cosas a término. El efecto de las actividades instrumentales de la vida diaria sí ha resultado significativo en la predicción de la percepción de salud, tal y como encontraron, por ejemplo, Everard *et al.* (25), aunque solamente en el caso de los muy mayores, lo que podría ir en la línea de lo ya comentado sobre la falta de variabilidad de la medida en esta investigación particular en personas que viven en comunidad, lo que la haría jugar un papel solamente en el caso de los muy mayores que empiezan ya a sufrir estos problemas.

En resumen, existe un importante impacto, en algunos casos diferencial para los muy mayores, de la espiritualidad sobre indicadores de envejecimiento con éxito tales como la satisfacción vital y la salud, aun controlando por la capacidad para realizar actividades, ya sea instrumentales de la vida diaria, o en general todo tipo de actividades productivas.

Entre las limitaciones del estudio se considera que las exigencias para la estimación de modelos han condicionado la configuración de grupos de mayores y muy mayores con un mínimo de participantes. Se podría, en un futuro, poner a prueba la replicabilidad de los resultados obtenidos en el caso de grupos de muy mayores conformados a partir de 80 años, para converger con el Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (52). Estos futuros estudios también podrían avanzar en el conocimiento de la etiología del papel moderador de la cualidad de ser mayor o muy mayor en dimensiones de la espiritualidad como la fe.

Referencias

1. INE. Proyecciones de población 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp251&file=inebase&L=0>
2. Gwozdz W, Sousa-Poza A. Ageing, health and life satisfaction among the oldest old: An analysis for Germany. *Soc Indic Res.* 2010;97:397-417.
3. Tomás JM, Sancho P, Gutiérrez M, Galiana L. Predicting Life Satisfaction in the Oldest-Old: A Moderator Effects Study. *Soc Indic Res.* 2014;117:601-613.
4. Tomás JM, Gutiérrez M, Sancho P, Galiana L. Predicting perceived health in Angolan elderly: The moderator effect of being oldest old. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;55(3):605-610.
5. Gutiérrez M, Tomás JM, Galiana L, Sancho P, Cebrià MA. Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: a structural model. *Aging Ment Health.* 2013;17(1):94-101.
6. Sancho P, Galiana L, Gutiérrez M, Francisco E, Tomás JM. Validating the Portuguese Version of the Satisfaction With Life Scale in an Elderly Sample. *Soc Indic Res.* 2014;115:457-466.
7. Walker A. A European perspective on quality of life in old age. *Eur J Ageing.* 2005;2:2-12.
8. Menec VH, Chipperfield JG. Remaining active in later life: The role of locus of control in seniors' leisure activity participation, health, and life satisfaction. *Psychol Health.* 1997;15:341-55.
9. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people: A 5-year longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2001;52:1329-41.
10. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudamonia, and well-being: An introduction. *J Happiness Stud.* 2008;9:1-11.
11. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En Baltes PB, Baltes MM (editor). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences.* New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
12. Altun F, Yazici H. The Relationships Between Life Satisfaction, Gender, Social Security, and Depressive Symptoms Among Elderly in Turkey. *Educ Gerontol.* 2015;41(4):305-314.
13. de Guzman AB, Jurado JBN, Juson AJA. Examining the structural relationship of chronic illness, physical function, life satisfaction, and social support in the development of depression among Filipino elderly in institutionalized settings. *Educ Gerontol.* 2015;41(3):193-206.
14. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science.* 1987;237:143-9.
15. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95:542-575.
16. Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychol Assess.* 1993;5:164-72.
17. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psycho.* 2003;54:403-425.
18. Pethtel O, Chen Y. Cross-cultural aging in cognitive and affective components of subjective well-being. *Psychol Aging.* 2010;25:725-9.
19. Kirk-Sanchez NJ. The importance of psychosocial factors in determining disability and perceived health in a group of older Hispanic-Americans recovering from hip fracture. *J Geriatr Phys Ther.* 2003;26:3-9.
20. Nygren B, Aléx L, Jonsén E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health.* 2005;9:354-62.
21. Yümin ET, Simsek TT, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52:e180-e184.

22. Fry PS. Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfaction of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up study of widows and widowers. *Gerontologist*. 2001;41:787-798.
23. Garatachea N, Molinero O, Martínez-García R, Jiménez-Jiménez R, González-Gallego J, Márquez S. Feelings of well being in elderly people: Relationship to physical activity and physical function. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:306-312.
24. Salguero A, Martínez-García R, Molinero O, Márquez S. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53:152-7.
25. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *J Gerontol B-Psychol*. 2000;55: 208-212.
26. Meléndez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:291-5.
27. Marques SC, Lopez SJ, Mitchell J. The Role of Hope, Spirituality and Religious Practice in Adolescents' Life Satisfaction: Longitudinal Findings. *J Happiness Stud*. 2012;14:251-61.
28. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures and applications*. San Diego: Academic Press; 2000.
29. Galiana L, Oliver A, Sancho P, Tomás JM. Dimensionality and Validation of the Dispositional Hope Scale in a Spanish Sample. *Soc Indic Res*. 2014;120:297-308.
30. Kemer G, Atic G. Hope and Social Support in High School Students from Urban and Rural Areas of Ankara, Turkey. *J Happiness Stud*. 2012;13:901-911.
31. Bailey TC, Snyder CR. Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *Psychol Rec*. 2007;57(2);233-240.
32. Halama P. Hope as a mediator between personality traits and life satisfaction. *Stud Psychol*. 2010;52:309-314.
33. Wong SS, Lim T. Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *J Individ Differ*. 2009;46:648-52.
34. Iwamasa GY, Iwasaki M. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults. *J Cross Cult Gerontol*. 2011;26(3):261-78.
35. Hilton JM, González CA, Saleh M, Maitoza R, Anngela-Cole L. Perceptions of successful aging among older Latinos, in cross-cultural context. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27(3):183-99.
36. Lee P, Lan W, Yen T. Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educ Gerontol*. 2011;37(3):210-227.
37. Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality-The Forgotten Factor. *Gerontologist*. 2002;42:613-620.
38. Castelo-Branco M, Brito D, Fernandes-Sousa C. Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada: revisão integrativa. *Aquichan*. 2014;14:100-108.
39. Cowlshaw S, Niele S, Teshuva K, Browning C, Kendig H. Older adults' spirituality and life satisfaction: a longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing Soc*. 2013;33:1243-1262.40.
40. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *J Gerontol B-Psychol*. 2004;59:123-129.
41. Lewis J. The future of successful aging in Alaska. *International Journal of Circumpolar Health*. 2013;72:1-5.
42. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psychooncology*. 2008;17(9):908-16.
43. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9:179-86.
44. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71-75.

45. Sancho P, Gutiérrez M, Galiana L, Tomás JM, Oliver A. A validation of the Spanish and Portuguese versions of the Perceived Health Scale. *American Journal of Psychology and the Behavioral Sciences*. 2015 (in press).
46. Gutiérrez M, Galiana L, Tomás JM, Sancho P, Sanchís E. La predicción de la satisfacción con la vida en personas mayores de Angola: El efecto moderador del género. *Psychosocial Intervention*. 2014;23:17-23.
47. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press; 2011.
48. Bentler PM. *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.; 2015.
49. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales: Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Brit J Clin Psychol*. 2003;42:111-131.
50. Smith J, Borchelt M, Maier H, Joop D. Health and well-being in the young old and oldest old. *J Soc Issues*. 2002;58:715-32.
51. Park CL. Religious and spiritual issues in health and aging. En Aldwin M, Park CL, Spiro III A (editor). *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007. p. 313-37.
52. SHARE. The SHARE Respondents [Internet]. 2012. Disponible en: http://sharedev.mpisoc.mpg.de/uploads/tx_sharepublications/3.1.pdf