Modelo de envejecimiento con éxito: la relevancia de los síntomas depresivos en las personas mayores chilenas.

Model of successful ageing: the relevance of depressive symptoms among older Chileans people.

Lorena Patricia Gallardo-Peralta¹

ORCID 0000-0003-3297-2704

lgallardo@academicos.uta.cl

Esteban Sánchez-Moreno²

ORCID 0000-0002-2978-9485

esteban.sanchez@cps.ucm.es

¹ Universidad de Tarapacá. Dirección de Investigación, Postgrado y Transferencia Tecnológica. Arica, Chile.

² Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Madrid, España.

Resumen:

Antecedentes: Las diversas maneras de envejecer en Chile, especialmente determinadas por la identidad étnica indígena, son escasamente abordadas, siendo necesario dar cuenta de las variables personales, psicosociales y de salud que promueven el Envejecimiento con Éxito (EE). **Objetivo:** Explorar un modelo teórico explicativo del EE en una muestra de personas mayores indígenas y no indígenas, considerando diversas variables personales, psicosociales y de salud relacionadas con EE. Asimismo, se busca contrastar el posible efecto de la pertenencia étnica - ser o no ser indígena- en este modelo. **Método:** Estudio cuantitativo y transversal que contó con la participación de 232 personas mayores del Pueblo Aymara y 545 no indígenas que viven en el extremo norte de Chile. Se utilizaron instrumentos previamente validados en población equivalente para medir envejecimiento con éxito, religiosidad y espiritualidad, apoyo social comunitario, problemas de salud, actividades de la vida diaria y depresión. Para comprobar el ajuste del modelo teórico a los datos se utilizó un análisis de ecuaciones estructurales. De manera específica, se estimó un modelo estructural multigrupo para personas indígenas y personas no indígenas. **Resultados:** Los resultados indican que existe invarianza en función de la etnia para el constructo EE. Tal como se muestra en el modelo hipotetizado y posteriormente contrastado, el EE se relaciona directamente con depresión y espiritualidad. La asociación de integración comunitaria, dependencia física en las actividades de la vida diaria y el apoyo social se percibido se produce a través de su asociación con depresión y espiritualidad. **Conclusiones:** Este estudio apoya la hipótesis de que el EE es un proceso multidimensional, relacionado con la pertenencia étnica y que la salud mental ocupa un rol importante en su comprensión.

Palabras clave: envejecimiento; grupos étnicos; espiritualidad; religiosidad; apoyo social.

Abstract:

Background: The diverse ways of ageing in Chile, especially determined by indigenous ethnic identity, are scarcely addressed. It is necessary to account for the personal, psychosocial and health variables that promote Successful Ageing (SA). **Objective:** This research explores a theoretical explanatory model of successful ageing (SA) in a sample of indigenous and non-indigenous older people, considering several personal, psychosocial and health variables related to SA. It also seeks to contrast the possible effect of ethnicity - being or not being indigenous - in this model. **Methods:** Quantitative, cross-sectional study with the participation of 232 elderly Aymara people and 545 non-indigenous people living in the extreme north of Chile. Instruments and scales previously validated in equivalent population were used to measure successful aging, religiosity and spirituality, community social support, health problems, dependence in activities of daily living and depression. Structural equation modeling (SEM) was used to estimate the adjustment of the theoretical model to the data. Specifically, a multigroup analysis was performed to adjust the model for indigenous and non-indigenous groups. **Results:** The results indicate that there is invariance in function of ethnicity for the SA construct. As shown in the hypothesized and subsequently contrasted model, SA is directly related to depression and spirituality. On the other hand, community integration, physical dependence and perceived social support relates indirectly with SA, through the association with depression and spirituality. **Conclusions:** This study support the hypothesis that SA is a multidimensional process, determining by ethnicity and that mental health plays an important role.

Keywords: aging; ethnic groups; spirituality; religiosity; social support.

Recibido: 30 de septiembre de 2021 - Aceptado: 13 de diciembre de 2021

Editado por: Christian Beylle, Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile.
Revisado por: Christian Alberto Mendoza-Nápoles, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ingrid Guerra, Universidad Católica de Temuco.

© 2021 Terapia Psicológica

Introducción

En las últimas décadas la investigación centrada en las personas mayores se orienta en los ámbitos de promoción de la salud y las características positivas del envejecimiento (Nakagawa et al., 2020; Wilson-Genderson et al., 2021). Este cambio de enfoque busca centrar el análisis en el vivir bien o vivir saludablemente, es decir, que las personas lleguen a edades avanzadas con calidad de vida (Kim y Park, 2017). Precisamente el paradigma del *successful aging* o envejecimiento con éxito (EE) promueve un envejecimiento positivo desde una perspectiva multidimensional al incorporar aspectos de la funcionalidad física, cognitiva, psicológica y social (Cheng, 2014; Lee, 2019). Sin embargo, el EE no dispone de una conceptualización unánime y tampoco de una metodología de investigación única, pese a los diversos intentos por estandarizar y unificar criterios en este paradigma (Cosco et al., 2014; Whitley et al., 2016).

El modelo de EE fue creado por Havighurst (1961) quien lo vincularía con la teoría de la actividad del envejecimiento, posteriormente, Rowe & Kahn (1987, 1997) darían una definición operacional del constructo al distinguir entre el envejecimiento usual y con éxito, así, EE se vincularía con una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida. No obstante, el modelo ha experimentado grandes avances y se reconoce que para EE es necesario ampliar los dominios de capacidad física, funcional y cognitiva y compromiso con la vida, a otras variables de carácter social y psicológico. En este sentido, Cheng (2014) reconoce la importancia de incluir aspectos actitudinales y comportamentales como la capacidad de adaptación a los desafíos propios de la vejez, tales como, tener una actitud positiva, la capacidad de aceptación, la satisfacción con la vida y la autoevaluación realista.

Las variables más analizadas en EE suelen ser las variables biomédicas, como la longevidad, el funcionamiento físico y cognitivo y el estado de salud. Las variables psicosociales analizadas suelen ser el afrontamiento y capacidad de adaptación, la resiliencia, la espiritualidad, el compromiso con la vida y la integración o participación social. En tanto las variables ambientales suelen ser el disponer de un entorno satisfactorio y tener seguridad financiera (Cosco et al., 2014; Kleineidam et al., 2019).

De cara a investigar el EE desde una perspectiva integradora u holística esta investigación parte de propuesta teórica de Troutman et al. (2011), quienes definen el EE como la adaptación satisfactoria a los cambios físicos y funcionales del envejecimiento, incorporando de manera explícita la experiencia de una conexión espiritual y/o un sentido de propósito en la vida. Así, los autores identifican cinco áreas asociadas al proceso de envejecer con éxito, tales como: mecanismos de desempeño funcional, factores intrapsíquicos, gerotranscendencia, espiritualidad y propósito/satisfacción con la vida. La hipótesis central de este modelo de EE establece la capacidad de adaptación de las personas mayores para envejecer con éxito, a

través de estos cinco mecanismos. De esta manera, cabe la posibilidad de que los mecanismos pueden adaptarse de manera sincronizada o no, ello determinará que la persona pueda o no envejecer con éxito en los dominios físicos, cognitivos y sociales (Gallardo-Peralta et al., 2017).

La elección de este modelo teórico en personas mayores chilenas se basa en la incorporación explícita de la espiritualidad para obtener un EE. Al respecto, la evidencia empírica ha demostrado la asociación positiva entre espiritualidad y bienestar en las personas mayores chilenas (Fonseca, 2016; Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno, 2020). Asimismo, este modelo se basa en una adaptación psicológica con miras a mantener un propósito en la vida, es decir, cómo las personas perciben y valoran su proceso de envejecimiento y, en consecuencia, cómo evalúan los aspectos más importantes para lograr envejecer con éxito (Kim y Park, 2017; Lee, 2019).

Sintetizando, la propuesta teórica del EE que seguirá esta investigación rescata la idea de que el envejecimiento es un proceso individual, heterogéneo y centrado en la capacidad funcional- física, psicológica, cognitiva y social- de adaptación al proceso de envejecer (Calasanti y King, 2021; Kok et al., 2017).

Ahora bien, en Chile no se han efectuado estudios específicos sobre el modelo EE, solo se advierten valoraciones sobre el proceso de envejecimiento en su análisis en las dimensiones generales de bienestar subjetivo, calidad de vida y satisfacción vital. Sin embargo, la gerontología social a nivel internacional recalca el papel determinante del contexto cultural para analizar el proceso de EE (Torres, 2019). Es por ello que en este estudio hacemos hincapié a ciertas variables que culturalmente puedan asociarse al bienestar y el EE en personas mayores chilenas. En términos específicos se proponen como variables independientes: variables personales, psicosociales y de salud.

De esta manera, las variables personales analizadas en esta investigación son la religiosidad y la espiritualidad. Al respecto, la evidencia empírica muestra que las personas mayores que mantienen prácticas religiosas y/o espirituales, suelen tener más probabilidades de EE (Lewis, 2011; Pruchno et al., 2010). La reciente investigación realizada por Fernández y Valenzuela (2022) con personas mayores chilenas muestra como la religiosidad, específicamente, la asistencia a servicios o cultos religiosos se asocia con bienestar subjetivo.

En lo que refiere a las variables psicosociales que se evaluaron en este estudio, se encuentra el apoyo social percibido, la participación e integración comunitaria y el apoyo social de los sistemas sociales. Estas variables son de carácter psicosocial, ya que son recursos que dispone el individuo y que potencian el bienestar emocional, psicológico y social (Gracia et al., 2002). En esta línea, las personas mayores que disponen de sólidas redes de apoyo social y dichas redes son diversas (incluidos familiares, amigos, vecinos y otros significativos) tienen

mayor bienestar en la vejez (Heinze et al., 2015). También es un recurso psicosocial la integración y/o participación comunitaria, en otras palabras, el entorno en que se desenvuelve la persona mayor determinará su sentido de pertenencia, integración, participación y eventualmente la posibilidad de recibir/dar apoyo social de la comunidad (Herrero y Gracia, 2007). Por ello en esta investigación analizaremos la participación e integración en la comunidad (barrio/vecindario) y el apoyo social de los sistemas formales (distintos tipos de ayudas o prestaciones de los servicios sociales y sanitarios). Al respecto, escasos estudios incluyen dimensiones del entorno social en el análisis del EE (Cosco et al., 2014), pese a que la comunidad – compuesta por vecinos y organizaciones sociales– está vinculada con el bienestar de las personas mayores, al proporcionar apoyo cotidiano y en situaciones de crisis (Bowling et al., 2006)

Finalmente, la salud se valoró a través de la funcionalidad física (actividades de la vida diaria), los problemas de salud o enfermedades crónicas y los síntomas depresivos. Desde los inicios del modelo (Rowe y Khan, 1987) la salud, pero aún sigue siendo, es un determinante primordial en la medición del EE (Cosco et al., 2014). Comprensiblemente tener un buen estado de salud se asocia positivamente con EE (Gutiérrez et al., 2018).

En esta línea, Kim y Park (2017) realizaron un meta-análisis con el objetivo de determinar cuáles son los dominios que se asocian con EE, los hallazgos confirman cuatro dominios: baja probabilidad de enfermar o discapacidad; alto funcionamiento cognitivo, mental y físico; participación activa con la vida y una adaptación psicológica positiva a la etapa de la vejez. Por tanto, las variables personales, psicosociales y de salud siguen siendo las más relevantes en el análisis del EE (Dumitrache et al., 2019).

En el análisis de la diversidad en EE también es un tema central en la gerontología social (Kleineidam et al., 2019), de allí que en los últimos años la etnicidad ha sido incorporada como una dimensión central en el análisis del EE (Cené et al., 2016; Torres, 2019). No obstante, la línea de investigación que siguen estos estudios trata sobre minorías étnicas residentes en Estados Unidos y en algunos países europeos. Por tanto, son investigaciones que analizan las particularidades del EE en grupos étnicos que residen en países diferentes al de origen, típicamente como consecuencia de procesos migratorios.

No obstante, destacar la reciente revisión de literatura efectuada por Pace y Grenier (2017) sobre EE en indígenas nativos norteamericanos y canadienses, quienes concluyen que los elementos que permiten comprender el EE en indígenas mayores son: salud y bienestar, empoderamiento y resiliencia, compromiso y comportamiento (roles sociales, participación activa en la comunidad), y conectividad (redes sociales).

Ciertamente se advierte un vacío de estudios que analicen el EE en grupos étnicos originarios, es decir, comunidades étnicas que residen en su contexto ambiental natural y que se han

convertido en minorías étnicas en su propio contexto geográfico y territorial.

Tal como afirman Pace y Grenier (2017) el desafío de probar la aplicabilidad del modelo de EE en indígenas es considerar las trayectorias históricas, sus costumbres culturales y muchas veces sus desventajas en el ámbito de la salud. En concreto, los Pueblos indígenas en Chile han experimentado en su curso de vida condiciones sociales, educacionales, económicas y políticas más adversas o bien limitadas en términos de oportunidad (Gavilán, 2015) lo que podría desencadenar una vejez con mayor riesgo psicosocial.

Aunque los pueblos indígenas en Chile disponen de trayectorias de vida más complejas en términos psicosociales y sobretodo sociopolíticas (Moloney, 2010) son portadores de una cosmovisión de la vida centrada en el buen vivir que implicaría la integración de diferentes armonías: individual, comunitaria y con la naturaleza (Gutiérrez-Carmona et al., 2019), por lo cual, es una mirada integradora que en la vejez se traduce no sólo disponer de buen salud, también poder seguir vinculado a la tierra (Pachamama) y a la comunidad.

Resulta interesante ahondar en las posibles diferencias del buen envejecer (EE) entre personas mayores indígenas y no indígenas chilenas, atendiendo a los escasos estudios al respecto. En esta línea, este estudio explora el modelo de EE en una muestra de personas mayores indígenas y no indígenas, analizando diversas variables personales, psicosociales y de salud se relacionarían con el constructo EE analizado desde la propuesta de Troutman et al. (2011).

Cabe destacar que esta investigación es una aportación en dos sentidos, por una parte, es uno de los primeros estudios que analizan el paradigma del EE en personas mayores chilenas, por otra, busca contrastar un modelo teórico del EE según la pertenencia étnica. En este sentido, se trata de una investigación novedosa en el contexto latinoamericano, donde los estudios sobre envejecimiento exitoso que consideran las potenciales diferencias de este proceso en función de la pertenencia étnica son muy escasos. De manera más amplia, tal y como se apuntaba anteriormente, son escasos los estudios que analicen el EE en pueblos originarios en la bibliografía internacional. Por último, conviene señalar que este análisis se genera a partir de un modelo teórico que articula tres ejes analíticos (variables personales, psicosociales y relacionadas con la salud), incluyendo algunas variables (por ejemplo, la religiosidad), cuyo papel está empezando a cobrar gan relevancia en la evidencia empírica disponible. En resumen, por tanto, el objetivo de este estudio es poner a prueba el papel jugado por la pertenencia étnica en la validez empírica de un modelo teórico de EE en personas mayores chilenas. Este modelo teórico se hipotetiza en la Figura 1.

Figura 1: Diagrama conceptual del modelo hipotetizado.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por un total 777 personas mayores chilenas que residen en la región de Arica y Parinacota, situada en el extremo norte de Chile. Se trata de un muestreo no probabilístico y por disponibilidad y los criterios de selección de la muestra fueron: la edad mínima para participar en el estudio era de 60 años en el momento de completar el cuestionario y no presentar deterioro cognitivo. Para asegurar que la muestra refleja las características de la población y que responde a los objetivos del estudio, se tomaron en consideración diversas variables sociodemográficas y de participación en la comunidad, asegurando un número mínimo en cada categoría de análisis relevante para los objetivos del estudio, tales como: pertenencia étnica, grupos de edad, sexo, estado civil y/o conyugal y nivel de estudios.

Instrumentos

Para la evaluación de la variable EE, se utilizó el Inventario de Envejecimiento con Éxito (SAI) (Troutman et al., 2011), que posee 20 ítems que se distribuyen en 5 dimensiones tales como: mecanismos de desempeño funcional (2 ítems), factores intrapsíquicos (7 ítems), gerotranscendencia (6 ítems), espiritualidad (2 ítems) y propósito/satisfacción vital (3 ítems). El

instrumento utiliza una escala tipo Likert: (0) totalmente en desacuerdo a (4) totalmente de acuerdo. La puntuación resultante varía de 0 a 80, las puntuaciones mayores indican un envejecimiento con éxito (α de Cronbach= 0.92). Ha sido validado en Chile en personas mayores indígenas y no indígenas (Gallardo-Peralta et al., 2017).

Para la evaluación de la religiosidad y espiritualidad, se aplicó el Índice breve multidimensional de religiosidad/espiritualidad (The Fetzer Institute and the National Institute of Aging Working Group, 1999). Este cuestionario evalúa distintos aspectos teóricos de la religiosidad y de la espiritualidad, se compone de 12 dominios y un total de 38 ítems. En este estudio se incluyen los siguientes dominios para evaluar la **escala de religiosidad**: prácticas religiosas privadas, religiosidad organizacional, apoyo social de la congregación, afrontamiento religioso e intensidad religiosa, con un total de 11 ítems (α de Cronbach = 0.77). En tanto para la valoración de la **escala de espiritualidad** se incluyó los siguientes dominios: experiencias espirituales diarias, valores/creencias, perdón, afrontamiento espiritual e intensidad espiritual, con un total de 14 ítems (α de Cronbach = 0.94). Dispone de una validación específica en personas mayores chilenas, incluidas personas indígenas (Gallardo-Peralta et al., 2018).

Para la valoración del apoyo social percibido, se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia et al., 2002), compuesto por 9 ítems para valorar el apoyo emocional (2 ítems), consejo (2 ítems) y ayuda/instrumental (2 ítems) y la reciprocidad en el apoyo (3 ítems). Este instrumento permite además obtener puntuaciones separadas para las distintas fuentes de apoyo social: cónyuge/pareja, hijos/as, otros familiares y amistades (α de Cronbach =0.94). Este cuestionario ha sido validado en una muestra multiétnica de personas mayores chilenas (Gallardo-Peralta et al., 2021).

Para evaluar el apoyo social comunitario, se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia et al., 2002), específicamente la versión adaptada en personas mayores chilenas (Gallardo-Peralta y Gálvez-Nieto, 2018). Este cuestionario tiene un total de 14 ítems distribuidos en tres escalas: (1) *integración a la comunidad*, compuesto por 4 preguntas (α de Cronbach=0.85); (2) *participación en la comunidad*, contiene 5 ítems (α de Cronbach =0.88); (3) *apoyo social en los sistemas formales*, que tiene 5 ítems (α de Cronbach =0.85). Las categorías de respuesta para todas las preguntas es de tipo Likert: (1) muy en desacuerdo a (5) muy de acuerdo.

Para valorar la independencia/dependencia física, se utilizó el Índice de Barthel- Escala de actividades de la vida Diaria (Mahoney y Barthel, 1965), se trata de una escala que valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al servicio, traslados, deambular y subir escalera. Cada actividad se le asigna una puntuación (5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarlo a cabo, obteniéndose una puntuación final de 0-100 (α de Cronbach = 0.90).

Para la medición de los problemas de salud, se utilizó el Cuestionario de Problemas de Salud (PUC, 2007), es un instrumento desarrollado específicamente para la medición de las enfermedades

más recurrentes en la población de adultos mayores en Chile, se trata de un inventario/checklist compuesto por 13 patologías (α de Cronbach =0.71).

Finalmente, para valorar la depresión se usó la Escala Geriátrica de Depresión (Brink et al., 1982). Compuesta por 15 ítems con respuesta categórica (Sí/No), según la clasificación de la escala, un puntaje de 0-5: no depresivo (normal), entre 6-9: depresión leve y 10 o más: depresión establecida (α de Cronbach= 0.81). Ha sido validada en una muestra multiétnica de personas mayores chilenas (Gallardo-Peralta et al., 2020).

Procedimiento

La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal y los cuestionarios fueron aplicados por profesionales titulados en Trabajo Social y Psicología entre los meses de junio a agosto de 2015. Los participantes fueron contactados a través de dos procedimientos. Cuando fue posible, el equipo de investigación hizo el primer contacto directamente y organizó una cita para realizar la entrevista. Cuando el primer contacto implicó mayores dificultades, se realizó a través de agentes sociales clave (por ejemplo, el presidente de la junta de vecinos). Específicamente para el caso de las personas mayores indígenas se realizaron contactos con las Municipalidades de Putre, Codpa y Arica a través de la Oficina de Adultos Mayores o bien la Dirección de Desarrollo Comunitario.

El Comité de Ético Científico de la Universidad de Tarapacá supervisó y aprobó los aspectos éticos del estudio (Informe de Seguimiento N° 05/2016). De especial importancia es señalar que se obtuvo por escrito el consentimiento informado de todas las personas participantes.

Análisis de datos

A partir de los objetivos del estudio el análisis se realizó en dos fases. En un primer momento, se realizaron los análisis descriptivos y se calcularon las correlaciones bivariadas de las variables del estudio. En segundo lugar, se formuló un modelo teórico explicativo de EE, que fue puesto a prueba a través de un análisis de ecuaciones estructurales con el programa AMOS versión 19. Es importante aclarar que se contrastaron diversos modelos de ecuaciones estructurales (SEM), en dos muestras diferentes indígenas (232 sujetos) y no indígenas (545 sujetos) y, por tanto, se estimó un modelo estructural multigrupo. Así, se contrastó un modelo que incluía variables personales (religiosidad y espiritualidad), sociales (apoyo social percibido, participación comunitaria, integración comunitaria y apoyo social de los sistemas formales) y de salud (dependencia física, problemas de salud y depresión).

El ajuste de los modelos fue evaluado a través de diversos índices. Además del tradicional estadístico χ^2 (con su correspondiente valor p), se calcularon los siguientes índices: RMSEA (*Root Mean Error of Approximation*), CFI (*Comparative Fit Index*), GFI y AGFI (*Adjusted Goodness-of-fit Index*), NFI y NNFI (*Non-normed Fit Index*, también conocido como TLI), RFI (*Relative Fit Index*) y el IFI (*Incremental Fit Index*). Para RMSEA, valores por debajo de 0.05 indicarían buen ajuste, y valores por debajo de 0.07 sugerirían un ajuste aceptable (Steiger 2007). Para CFI, AGFI y NNFI valores por encima de 0.95 sugieren un buen ajuste (Hu y Bentler

1999), siendo aceptables ajustes por encima de 0.90. Las modificaciones del modelo hipotetizado se basaron en criterios teóricos y en la evidencia previa disponible, utilizando los índices de modificación como herramienta estadística.

Resultados

De las 777 personas que participaron en el estudio, 232 eran indígenas (Aymara) y 545 no indígenas. El 89% de las personas incluidas en la muestra tenía entre 60 y 79 años de edad (edad media de 69.93 años; DT=7.12). El 63% eran mujeres y el 48% tiene pareja, ya sea en matrimonio o en convivencia. En términos de escolaridad, 9% no tiene estudios, 41% educación primaria, 41% educación secundaria y 9% educación superior.

En la **Tabla 1** se muestran las correlaciones bivariadas entre las variables del estudio. Todas las variables consideradas en el modelo tienen una asociación estadísticamente significativa con el EE. Por el tamaño del coeficiente de correlación, destaca la asociación negativa de la depresión y la asociación positiva de la religiosidad. A ello hay que añadir la existencia de coeficientes de correlación significativas entre las variables del modelo (predictoras de los valores del EE), específicamente la asociación entre religiosidad y espiritualidad, por un lado, y entre integración comunitaria y espiritualidad y apoyo de los sistemas formales, por otro.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos y correlaciones (Pearson) de las variables del estudio.

	Media	Desviación estándar	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Envejecimiento con éxito	66.50	13.43	-	0.10**	0.224**	0.19**	0.323**	0.387**	-0.313**	-0.112**	-0.533**
2. Apoyo social percibido	13.32	9.23		-	0.060	0.061	0.18**	0.122**	0.085*	0.048	-0.140**
3. Integración comunitaria	16.84	3.98			-	0.224**	0.184**	0.257**	-0.132**	-0.098**	-0.244**
4. Apoyo sistemas formales	13.88	3.71				-	0.082*	0.18**	0.045	0.017	-0.083*
5. Religiosidad	36.60	13.54					-	0.699**	-0.069	-0.070	-0.198**
6. Espiritualidad	27.10	12.11						-	-0.090*	-0.069	-0.238**
7. Dependencia física	94.87	13.32							-	0.169**	0.353**
8. Problemas de salud	175	133								-	0.181*
9. Depresión	3.46	3.15									-

*p<0.05, **p<0.01

Se realizaron los análisis SEM para el modelo hipotetizado (Figura 1). Los indicadores no mostraron un ajuste adecuado al modelo, por lo que se procedió a su modificación atendiendo a los coeficientes de regresión obtenidos y apoyándonos en los índices de modificación; resultado de todo ello es el modelo presentado en la Figura 2. Este modelo contempla un total de ocho variables: dependencia física; problemas de salud; depresión; religiosidad; espiritualidad; apoyo social percibido; integración comunitaria y apoyo social de los sistemas formales. Como puede apreciarse hay diferencias notables entre los grupos. Mientras que para las personas no indígenas se encuentran son asociaciones significativas, entre el apoyo de los sistemas formales con EE, la dependencia física con EE, la integración comunitaria con la depresión, la espiritualidad con la depresión, los problemas de salud con la depresión y el apoyo social percibido con los problemas de salud, estas asociaciones no son estadísticamente significativas para las personas mayores indígenas.

Figura 2. Modelo 1 de ecuaciones estructurales para personas NO indígenas e indígenas (entre paréntesis).

Los índices de ajuste de este modelo se recogen en la Tabla 2. Como puede apreciarse, los valores obtenidos sugieren un buen ajuste a los datos. En el análisis multigrupo la comparación entre los modelos anidados (Tabla 3) sugiere que, si bien el modelo recogido en la Figura 1 se asocia a buenos indicadores de ajuste, lo cierto es que no existe invarianza en los valores de los pesos de regresión entre población indígena y no indígena. Esto supone que el modelo no es adecuado para explicar el envejecimiento exitoso para ambas submuestras.

Tabla 2: Índices de ajuste para los modelos según análisis multigrupo (Modelo 1).

	$\chi^2 (gl)$	χ^2 / gl	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
M1. Estructura del modelo	81.965 (38)	2.157	0.976	0.944	0.929	0.865	0.960	0.923	0.959	0.040
M2. Equivalencia de coeficientes	96.989 (49)	1.979	0.972	0.948	0.916	0.876	0.956	0.935	0.955	0.037
M3. Equivalencia de covarianzas	132.414 (52)	2.546	0.935	0.930	0.885	0.841	0.927	0.897	0.925	0.046
M4. Equivalencia de errores	185.298 (58)	3.195	0.926	0.921	0.839	0.800	0.883	0.853	0.882	0.055

GFI: Goodness-of-fit Index; AGFI: Adjusted Goodness-of-fit Index; NFI: Normed Fit Index; RFI: Relative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; FI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean Error of Approximation

Tabla 3: Comparación de modelos anidados: comparaciones multigrupo entre población indígena y no indígena (Modelo 1).

	$\chi^2 (gl)$	p	NFI	IFI	RFI	TLI
M2. Equivalencia de coeficientes	15.024 (11)	0.18	0.013	0.014	-0.011	-0.012
M3. Equivalencia de covarianzas	50.449 (14)	0.01	0.044	0.045	0.024	0.026
M4. Equivalencia de errores	103.333 (20)	0.01	0.090	0.093	0.065	0.069

NFI: Normed Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; RFI: Relative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index;

Por este motivo, se procedió a modificar el modelo eliminando todas aquellas variables y asociaciones que no eran significativas en ambos grupos. Específicamente se eliminaron las variables “problemas de salud” y “apoyo social de los sistemas formales”. El resultado final es el modelo recogido en la Figura 3; en este modelo solo se mantienen aquellas variables y efectos estadísticamente significativos tanto para indígenas, como para no indígenas. Este modelo, ahora compuesto por seis factores o variables latentes, indica que las variables cuyo efecto es directo en EE son: depresión (relación negativa) y espiritualidad (relación positiva). Destacando la depresión como una variable mediadora de: dependencia física (relación positiva), integración comunitaria (relación negativa) y apoyo social percibido. Además, destaca la relación positiva entre religiosidad y apoyo social. Sin embargo, se advierte que en las personas mayores indígenas la asociación entre apoyo social percibido y depresión es más relevante. Por el contrario, se observa que en las personas mayores no indígenas la asociación entre espiritualidad y EE y entre religiosidad y apoyo social percibido es estadísticamente superior.

Figura 3: Modelo 2 de ecuaciones estructurales para personas NO indígenas e indígenas (entre paréntesis).

Los indicadores de bondad del ajuste aparecen en la Tabla 4. Los valores allí reflejados suponen un ajuste adecuado del modelo a los datos. Ahora bien, incluso en este modelo en que solo se mantienen las variables y asociaciones que resultan significativas para ambos grupos, no puede establecerse una invarianza de las cargas de los coeficientes de regresión para personas indígenas y no indígenas. Dicho de otra forma, la reformulación del modelo incluyendo únicamente las asociaciones estadísticamente significativas para ambos grupos étnicos permite alcanzar modelos equivalentes en su estructura. Sin embargo, no existen equivalencia en la magnitud de los coeficientes, existiendo diferencias significativas en función de la pertenencia étnica.

Tabla 4: Índices de ajuste para los modelos según análisis multigrupo (Modelo 2).

	$\chi^2 (gl)$	χ^2 / gl	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
M1. Estructura del modelo	101.778 (26)	3.915	0.961	0.917	0.902	0.841	0.925	0.877	0.924	0.064
M2. Equivalencia de coeficientes	108.992 (31)	3.516	0.958	0.925	0.895	0.857	0.922	0.893	0.921	0.059
M3. Equivalencia de covarianzas	108.992 (31)	3.516	0.958	0.925	0.895	0.857	0.922	0.893	0.921	0.059
M4. Equivalencia de errores	152.503 (33)	4.621	0.947	0.910	0.852	0.812	0.881	0.847	0.880	0.071

GFI: Goodness-of-fit Index; AGFI: Adjusted Goodness-of-fit Index; NFI: Normed Fit Index; RFI: Relative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; CFI: Comparative Fit Index; RMSEA: Root Mean Error of Approximation

Tabla 5: Comparación de modelos anidados: comparaciones multigrupo entre población indígena y no indígena (Modelo 2)

	$\chi^2 (gl)$	p	NFI	IFI	RFI	TLI
M2. Equivalencia de coeficientes	7.214 (5)	0.20	0.007	0.007	-0.016	-0.017
M3. Equivalencia de covarianzas	7.214 (5)	0.20	0.007	0.007	-0.016	-0.017
M4. Equivalencia de errores	50.725 (7)	0.01	0.049	0.050	0.029	0.030

NFI: *Normed Fit Index*; IFI: *Incremental Fit Index*; RFI: *Relative Fit Index*; TLI: *Tucker-Lewis Index*;

Discusión

El objetivo de este estudio consistía en poner a prueba el papel jugado por la pertenencia étnica en la validez empírica de un modelo teórico explicativo del EE en personas mayores chilenas. Para ello, se construyó un modelo que incluía variables personales, psicosociales y relacionadas con la salud. Por tanto, se buscaba analizar la medida en la cual el proceso de EE difiere según la pertenencia étnica, tratando de dilucidar la existencia de procesos étnicamente específicos. Los resultados obtenidos apoyan esta estrategia, y sugieren la dificultad de establecer equivalencias en las relaciones observadas entre etnias (indígena/no indígena) en la explicación de EE. Además, en esta investigación hemos confirmado la naturaleza multidimensional y por tanto compleja del EE (Calasanti y King, 2021).

La depresión se constituye como la principal variable predictora del EE en nuestra muestra. Destaca el hecho de que esta asociación, que es negativa con EE, es estadísticamente más relevante para las personas indígenas. En este sentido, puede estar incidiendo en la relevancia de esta variable el hecho de que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de este trastorno psiquiátrico pasados los 60 años en Chile (Sandoval et al., 2016) y que la depresión sea más frecuente en personas mayores indígenas (Gallardo-Peralta et al., 2015). Por tanto, se trata de un factor de riesgo en edades avanzadas que pudiera ser intervenido previamente o bien ser atendido conforme a su especificidad como en el caso de las personas indígenas.

La depresión, además, es una variable mediadora fundamental para la comprensión del EE en nuestra muestra. Es decir, explica el impacto que tienen otras variables en el EE, como es el caso del apoyo social percibido, que se relaciona positiva e indirectamente con EE, precisamente a través de su relación con los síntomas de depresión. La evidencia empírica sugiere que disponer de redes de apoyo social o bien de un soporte de ayuda emocional, instrumental y de información incide positivamente en EE (Ayalon y Levkovich, 2018; Bélanger et al., 2016). En esta misma línea, conviene destacar la relación positiva entre religiosidad y apoyo social, variables que construyen un espacio de integración social que actúa como promotor del bienestar en edades avanzadas (Fernández y Rosell, 2021).

Otra de las variables cuyo papel es indirecto en la explicación del EE en nuestro modelo, y cuyo papel se explica a través de la mediación de la depresión, es la dependencia física. Basándonos en los orígenes del modelo de EE, la funcionalidad física es uno de sus pilares centrales, por tanto, era de esperar que se comportara como una variable predictiva (Calasanti y King, 2021). Sin embargo, en este estudio aquellas personas que tienen problemas de funcionalidad física, en las actividades de la vida diaria, suelen tener más sintomatología depresiva y eso a su vez afecta negativamente el proceso de EE. Teniendo en cuenta que la pérdida de la capacidad funcional hace que una persona mayor se sienta más dependiente de la ayuda o asistencia de otros, esto puede desencadenar con más frecuencia síntomas depresivos (Boström et al., 2014).

Finalmente, la integración comunitaria también se comporta como una variable indirecta del EE. Específicamente quienes no están integrados a su comunidad de vecinos o del barrio tienen más probabilidad de desencadenar síntomas depresivos y a su vez esto afecta negativamente la promoción del EE. Al respecto, la evidencia empírica afirma que los vecinos y el vecindario (integración comunitaria) ejercen un rol de apoyo en el día a día de las personas mayores, específicamente por su disponibilidad física (Bowling et al., 2006).

Este estudio también pone de manifiesto que la espiritualidad, como una dimensión personal en la búsqueda de una conexión con un ser superior, se asocia directa y positivamente con EE (Lewis, 2011). Autores han descrito que aquellas personas mayores que se declaran espirituales intentan poner en práctica un conjunto de valores, tales como el perdón y el afrontamiento positivo, en sus experiencias cotidianas y suelen tener una mayor capacidad de adaptación al proceso de envejecer. Eso es concordante con las actuales propuestas teóricas en el ámbito de la gerontología, que afirman que la espiritualidad es un recurso personal que debe ser incorporado en la comprensión y análisis del bienestar en la vejez (Pruchno et al., 2010; Troutman et al., 2011).

En este estudio se parte de la premisa de que el EE es un proceso heterogéneo y diverso. En efecto, los resultados confirman el papel diferenciador de la etnicidad en el análisis de EE. Dicho en otras palabras, los indígenas chilenos (Aymara) envejecen con éxito de manera distinta a los no-indígenas y específicamente estas diferencias las hemos comprobado en el primer modelo contrastado (véase en la Figura 2). Para las personas no indígenas la dependencia física se relaciona directamente y significativamente con EE. Igualmente, para las personas mayores no indígenas el apoyo de los sistemas formales (tales como el Centro de Salud Familiar [CESFAM], los programas de gobierno a través del Servicio Nacional de Adultos Mayores, políticas específicas de los municipios en materia de adultos mayores, etc.) se relaciona directa, positiva y significativamente con EE.

Otras asociaciones indirectas en el modelo analizado de EE, muestran en las personas mayores no indígenas que el apoyo social percibido se asocia negativamente con los

problemas de salud, que los problemas de salud se asocian positivamente con depresión, que la espiritualidad se asocia negativamente con depresión y que la dependencia física se asocia positivamente con el apoyo de los sistemas formales. Estos hallazgos son concordantes con la evidencia ya descrita anteriormente en otros estudios (Cosco et al., 2014; Kim y Park, 2017; Pruchno et al., 2010). De esta manera, hay elementos que la evidencia empírica muestra como predictores o variables asociadas a EE que no se aplican al contexto cultural indígena. Estos hallazgos invitan a profundizar en los mecanismos que promueven el EE en personas mayores indígenas, especialmente, profundizar en factores protectores como pueden ser un estilo de vida activo, las tradiciones médicas naturales, o una alimentación saludable, etc.

Limitaciones y perspectivas

Es preciso, en todo caso, contextualizar la interpretación de los resultados obtenidos en el contexto del diseño de nuestra investigación. En efecto, se trata de un estudio transversal, cuyo diseño no permite establecer relaciones causales. En este sentido, investigaciones que usen un diseño longitudinal permitirían analizar los vínculos causales que relacionan a las variables y procesos predictores del EE. Este aspecto es especialmente relevante, ya que el EE es un paradigma ampliamente utilizado en el campo de la gerontología.

Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan la hipótesis de que los modelos de EE se benefician en su formulación de la incorporación de variables individuales, sociales y relacionadas con la salud. De esta manera, dichos procesos que operan en diferentes niveles podrían incrementar la efectividad de los protocolos de intervención gerontológica. Nuestros resultados destacan especialmente la relevancia de la salud mental en el EE. En dicho contexto, el propósito del presente estudio consintió en analizar el papel jugado por la pertenencia étnica en la comprensión del EE en el caso de las personas mayores chilenas. En este sentido, los resultados obtenidos sugieren que el proceso de envejecimiento de las personas mayores indígenas se caracteriza por especificidades que debieran ser abordadas y analizadas en ulteriores investigaciones en Latinoamérica en general, y en Chile en particular. De esta forma, parece necesario incorporar una perspectiva intercultural al análisis del proceso de EE.

Referencias

- Ayalon, L. y Levkovich, I. (2018). A Systematic Review of Research on Social Networks of Older Adults. *The Gerontologist*, 59(3), e164–e176. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx218>
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P. y Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*, 6(6), e011503. <https://doi.org/hbg6>

- Bowling, A. y Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*, 35(6), 607-614. <https://doi.org/dxx494>
- Boström, G., Conradsson, M., Rosendahl, E., Nordström, P., Gustafson, Y. y Littbrand, H. (2014). Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. *Clinical interventions in aging*, 9, 249-256. <https://doi.org/10.2147/CIA.S57535>
- Bowling, A., Barber, J., Morris, R. y Ebrahim, S. (2006). Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a British survey of aging. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(6), 476-483. <https://doi.org/c3rx3p>
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43. https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06
- Calasanti, T. y King, N. (2021). Beyond Successful Aging 2.0: Inequalities, Ageism, and the Case for Normalizing Old Ages. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(9), 1817-1827. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa037>
- Cené, C. W., Dilworth-Anderson, P., Leng, I., Garcia, L., Benavente, V., Rosal, M., Vaughan, L., Coker, L. H., Corbie-Smith, G., Kim, M., Bell, C. L., Robinson, J. G., Manson, J. A. E., & Cochrane, B. (2016). Correlates of successful aging in racial and ethnic minority women age 80 years and older: Findings from the Women's Health initiative. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(Suppl 1), S87-S99. <https://doi.org/f8jft8>
- Cheng, S.T. (2014). Defining successful aging: The need to distinguish pathways from outcomes. *International Psychogeriatrics*, 26(04), 527-531. <https://doi.org/ghxgdw>
- 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(03), 373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
- Dumitrache, C. G., Rubio, L. y Cordon-Pozo, E. (2019). Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 181-191. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000388>
- Fernández, M. B. y Rosell, J. (2021). An Analysis of the Relationship Between Religiosity and Psychological Well-Being in Chilean Older People Using Structural Equation Modeling. *Journal of religion and health*, 2021. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01442-z>
- Fernández, M.B. y Valenzuela, E. (2022) Religiosity and subjective wellbeing of the elderly in Chile: a mediation analysis. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* 34(1), 17-38. <https://doi.org/10.1080/15528030.2020.1839624>

- Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute.
- Fonseca, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 258-264. <https://doi.org/hbk6>
- Gallardo-Peralta, L.P., Cuadra-Peralta, A., Cámara-Rojo, X., Gaspar-Delpino, B., y Sánchez-Lillo, R. (2017). Validación del inventario de envejecimiento exitoso en personas mayores chilenas. *Revista médica de Chile*, 145(2), 172-180. <https://doi.org/hbk7>
- Gallardo-Peralta, L.P., Cuadra-Peralta, A. y Veloso-Besio, C. (2018). Validación de un Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad en personas mayores. *Revista de psicología (Santiago)*, 27(1), 1-13. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50736>
- Gallardo-Peralta, L.P. y Gálvez Nieto, J.L. (2018). Validación del cuestionario de apoyo social comunitario en personas mayores chilenas. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación e avaliação psicológica*, 49, 47-57. <https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.04>
- Gallardo-Peralta, L.P., Sánchez-Iglesias, I., Saiz, J., Barrón, A. y Sánchez-Moreno, E. (2021). Validation of Perceived Social Support Questionnaire for a multi-ethnic population of Chilean older adults. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación e avaliação psicológica*, 58(1), 79-91. <https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.07>
- Gallardo-Peralta, L.P., Sánchez-Moreno, E., López De Roda, A. B. y Arias Astray, A. (2015). Ethnicity, Social Support, and Depression Among Elderly Chilean People. *The Journal of psychology*, 149(6), 601-629. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.946462>
- Gallardo-Peralta, L.P. y Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 169-187. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- Gallardo-Peralta, L.P., Rodríguez-Blázquez, C., Ayala-García, A. y Forjaz, M. J. (2020). Multi-ethnic validation of 15-item Geriatric Depression Scale in Chile. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00146-9>
- Gavilán, V. (2015). Ser indio y ciudadano en el norte chileno: Etnicidad y estatus de pertenencia a la comunidad nacional y política. *Revista de Geografía Norte Grande*, (60), 63-77. <https://doi.org/10.4067/S0718-34022015000100004>
- Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Síntesis.

- Gutiérrez-Carmona, A., Urzúa, A., Caqueo-Úrizar, A., y Calderón Carvajal, C. (2019). La evaluación del bienestar en pueblos originarios: desarrollo de una escala para la comunidad andina Lickan-Antay. *Interciencia*, 44(12), 707-715. <https://tinyurl.com/yc7ubh7w>
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M. y Calatayud, P. (2018). Contributions of Psychosocial Factors and Physical Activity to Successful Aging. *The Spanish journal of psychology*, 21, E26. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.27>
- Heinze, J. E., Kruger, D. J., Reischl, T. M., Cupal, S. y Zimmerman, M.A. (2015). Relationships Among Disease, Social Support, and Perceived Health: A Lifespan Approach. *American journal of community psychology*, 56(3-4), 268-279. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9758-3>
- Herrero, J. y Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: Factorial structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (Perceived Community Support Questionnaire). *Journal of Community Psychology*, 35(2), 197-217. <https://doi.org/d2vwhk>
- Hu, L.T. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kim, S-H. y Park, S. (2017). A Meta-Analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults. *Research on Aging*, 39(5), 657- 677. <https://doi.org/10.1177/0164027516656040>
- Kleineidam, L., Thoma, M. V., Maercker, A., Bickel, H., Mösch, E., Hajek, A., König, H.-H., Eisele, M., Mallon, T., Luck, T., Röhr, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Wiese, B., Mamone, S., Scherer, M., Maier, W., ... Wagner, M. (2018). What is successful aging? A psychometric validation study of different construct definitions. *The Gerontologist*, 59(4), 738-748. <https://doi.org/10.1093/geront/gny083>
- Kok, A.A., Aartsen, M.J., Deeg, D.J. y Huisman, M. (2017). Capturing the Diversity of Successful Aging: An Operational Definition Based on 16-Year Trajectories of Functioning. *The Gerontologist*, 57(2), 240-251. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv127>
- Lee, E. E. (2019). Aging successfully and healthfully. *International Psychogeriatrics*, 31(4), 439-441. <https://doi.org/10.1017/S104161021900001>
- Lewis, J. P. (2011). Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist*, 51(4), 540-549. <https://doi.org/cqvvv3>
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Moloney, A. (2010). Protests highlight plight of Chile's Mapuche Indians. *The Lancet*, 375(9713), 449-450. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60181-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60181-x)

- Nakagawa, T., Cho, J. y Yeung, D. (2020). Successful Aging in East Asia: Comparison among China, Korea, and Japan. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa042. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa042>
- Pace, J.E. y Grenier, A. (2017). Expanding the Circle of Knowledge: Reconceptualizing Successful Aging Among North American Older Indigenous Peoples. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 72(2), 248-258. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw128>
- Phelan, E.A. y Larson, E.B. (2002). Successful aging—where next?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50324.x>
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2007). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*.
- Pruchno, R.A., Wilson-Genderson, M., Rose, M. y Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821-833. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq041>
- Rowe, J.W. y Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- 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>
- Sandoval, F.A., Tamiya, N., Lloyd-Sherlock, P. y Noguchi, H. (2016). Relation of depression with health behaviors and social conditions of dependent community-dwelling older persons in the Republic of Chile. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2029-2043. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001228>
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-898. <https://doi.org/dsxstk>
- Torres, S. (2019). *Ethnicity & Old Age: Expanding our Imagination*. Policy Press.
- Troutman, M., Nies, M.A., Small, S. y Bates, A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research in Gerontological Nursing*, 4(3), 221-232. <https://doi.org/10.3928/19404921-20110106-02>
- Whitley, E., Popham, F. y Benzeval, M. (2016). Comparison of the Rowe-Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist*, 56(6), 1082-1092. <https://doi.org/f92xcw>
- Wilson-Genderson, M., Heid, A. R., Cartwright, F. y Pruchno, R. (2021). Subjective Successful Aging: Measurement Invariance Across 12-Years. *The Gerontologist*, gnab085. <https://doi.org/gnv7kt>

Para citar en APA

Gallardo-Peralta, L. P., & Sánchez-Moreno, E. (2021). Modelo de envejecimiento con éxito: la relevancia de los síntomas depresivos en las personas mayores chilenas. *Terapia Psicológica (En línea)*, 39(3), 309-338. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300309>